

**COPRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENVOLVIMENTO DA
COMUNIDADE DE DADORES DE SANGUE: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO DE MAPAS COGNITIVOS**

Catarina Martins Lopes

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Gestão

Orientador:

Prof. Doutor Pedro Miguel dos Santos Moreira, Prof. Auxiliar, ISCTE-Business School
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Coorientador:

Prof. Doutor Rui Brites, Prof. Associado Convidado ISEG-Universidade de Lisboa
Departamento de Gestão

Setembro, 2015

Dedicatória

Aos meus filhos, Bernardo Maria e Manuel Maria pela magia dos seus sorrisos,
que tudo transformam!

Ao Nuno, pelo amor e carinho sempre presentes nas atitudes e no apoio ao longo deste
caminho, tantas vezes feito de dúvidas e angústias, mas percorrido de mãos dadas!

Aos meus pais, por acreditarem;

Aos meus irmãos, pelo apoio;

A toda a minha família por serem e estarem presentes nos momentos mais necessários.

À minha Avó Cândida e mãe de amor que a todos nos une no seu exemplo de vida centenária,
de dedicação ao próximo!

A Deus, Nosso Senhor, pela coragem que me concedeu!

In memoriam das minhas três tias e da minha sogra, que sempre me acompanham!

Agradecimentos

As minhas primeiras palavras são dirigidas a todos quantos me ajudaram na concretização deste trabalho académico e de fecho de ciclo. Foi graças a uma rede de pessoas extraordinárias que concatenaram apoios que este se tornou possível.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus orientadores, o estímulo, os *insights* e o sentido crítico com que me guiaram ao longo de todas as fases desta dissertação. Ao Professor Doutor Pedro Moreira agradeço a sua confiança e disponibilidade desde a primeira hora, os seus profundos conhecimentos e as suas reflexões críticas em torno da problemática, das opções teóricas e dos resultados, encontrados. Ao Professor Doutor Rui Brites, sou grata pela sua generosidade em disponibilizar o seu tempo, o seu profundo conhecimento sobre métodos qualitativos, e os meios, os quais vieram ao encontro de todas as minhas questões metodológicas. A sua imensa capacidade em compreender os problemas colocados, as dúvidas respondidas à manipulação do software e formas de extração de resultados, permitiram-me avançar, de sobremaneira, na análise do imenso corpo de dados. A ambos, o meu reconhecimento e gratidão pela permanente disponibilidade em me ajudarem.

Ao Luís Barrosa, professor e amigo, pelo estímulo e confiança na fase de arranque das análises de dados. Agradeço-lhe o seu imenso saber, reflexão e cuidado no apoio à construção das bases de dados. A sua revisão e olhares críticos construtivos foram determinantes neste trabalho.

Ao meu pai, Professor Doutor Albino Lopes, pela reflexão dinâmica e iterativa entre as opções teóricas e a síntese de resultados, que conjuntamente realizamos em diferentes momentos desta tese. A sua sapiência em Gestão é uma fonte de inspiração ímpar de várias gerações de alunos do ISCTE, e agora na UL. Eu sou apenas mais uma discípula que encontra no seu imenso saber conceptual e reflexivo, orientações para as inúmeras perguntas e dúvidas.

Ao Professor Doutor José Dias Curto e à sempre presente Professora Doutora Maria do Carmo Botelho, pela amizade e pelo amparo.

À Paula Santos pela amizade e apoio incondicional quando regresssei ao ISCTE para concluir esta etapa. Cuidou de mim como sempre o fez no secretariado de gestão.

Agradeço à entidade da dádiva nacional, na figura particular do Conselho Diretivo pela abertura à investigação-ação, conduzida no seu seio.

A toda a equipa da Comissão de Promoção da Dádiva de Sangue e Células, nomeadamente, à Dra. Ana Paula Sousa. O seu saber como médica imunohemoterapeuta, aliado à sua experiência de mais de uma década como responsável nacional da promoção e planeamento das colheitas de sangue, convergiram numa liderança positiva e de enorme abertura aos diferentes saberes multidisciplinares da equipa, no acolhimento às novas ideias de resolução da pressão externa e interna da suficiência de componentes para os hospitais, e no apoio à construção de uma rede de parceiros ao serviço da causa da promoção cidadã, responsável e regular da dádiva de sangue. O seu profissionalismo e entrega constituíram um desafio permanente e um estímulo maior, na realização desta tese.

À Dra. Sandra Cruz e uma grande amiga hoje, que acompanhou por dentro, toda a investigação-ação.

A todos os Professores e alunos que graças à sua colaboração, possibilitaram a concretização dos estudos, a diferentes painéis de estudantes, num dos institutos da Universidade de Lisboa.

Ao meu irmão Pedro cujo engenho me permitiu apresentar alguns layouts nesta dissertação; à minha irmã Patrícia pela ajuda na revisão dos textos; às minhas primas Beatriz e Carolina, pelos seus conhecimentos técnicos.

Ao meu marido, pelo apoio de revisão e ajuda no tratamento de alguns dos dados.

À minha mãe, impar no seu apoio à realização deste trabalho.

Resumo

As organizações de saúde apresentam crescente diferenciação e complexidade. A sua coordenação por mecanismos de integração, como no paradigma industrial, não é eficaz. Apenas a semi-conexão permitiria flexibilidade, improvisação e auto-desenho permanente. É paradoxal que estas organizações revelem opções pela integração vertical e não pela semi-conexão em rede, agravando-se em situações de fusão de organizações públicas. Em culturas hierárquicas, o mapa cognitivo dos gestores colide com o da coprodução de serviços, regendo-se por critérios de eficiência e planeamento, sem abrir espaço à experimentação. O comportamento dos mundos da saúde, nomeadamente, o envolvimento da comunidade enquanto coprodutora do serviço, a par dos restantes mundos - curar, cuidar e controlar - representaria importante alavanca estratégica para a entidade da dádiva de sangue. Esta ação colaborativa, envolvendo aqueles mundos, permitiria estabilizar o modelo de semi-conexão em rede de parcerias mediadoras de envolvimento relacional e benefícios mútuos, em lugar da abordagem transacional. Foram elaborados mapas cognitivos da comunicação institucional, da comunicação desenvolvida pelo grupo adhocrático focado na coprodução do serviço, e de estudantes considerados como público preferencial. Os mapas revelam proximidade e paradoxalidade entre si, sendo o da comunicação em rede o mais favorável: envolvimento e coprodução. Como resultado, referimos que o dinamismo da dádiva foi adequado à procura no ano em que o grupo exerceu criativamente uma ligação a parcerias pertinentes. A investigação-ação permitiu contrapor os dois paradigmas. A opção pela eficiência e abordagem de produto, através do acesso direto aos dadores (TIC), conduziu ao regresso da integração hierárquica e às falhas sazonais.

Palavras-Chave: Coprodução de Serviços; Complexidade dos Sistemas de Saúde; Sistemas em Semi-Conexão; e “Enactment”

JEL Classification System: I12 - Health Behavior; L14 - Transactional Relationships, Networks

Abstract

Health organizations currently show increased differentiation and complexity. Their coordination by mechanisms of integration, as in the industrial paradigm, is not effective. Only loosely coupled systems would allow for permanent flexibility, improvisation and self-design. It is paradoxical that these organizations tend to opt for vertical integration instead of a loosely coupled network, which is more severe in merging situations, in public organizations. In hierarchical cultures, the cognitive map of managers collides with co-production services, and become ruled by parameters of efficiency and planning, with no room for experimentation. Health realms' behavior, namely community involvement, as service co-producers, along with the remaining realms – cure, care and control – would represent an important strategic leverage to the entity of blood giving. This collaborative action, would allow stabilization of the loosely coupled model network partnerships, which would be mediators of relational involvement, with mutual benefits, in place of the transactional approach. We have made cognitive maps of the institutional communication, of the communication developed by the adhocratic group, which was focused on service co-production, and of students (preferential audience). The maps show proximity and paradoxicality, being partnership communication networks the most favorable. As a result, the blood giving dynamism was adequate to demand during the year in which the group functioned creatively in connection to partnerships. The action-research allowed for a contrast between the two paradigms. Afterwards, the institution opted for efficiency, hierarchical integration and production approach, through direct access to the givers (ICT), which resulted in return of the seasonal blood supply problems.

Key-Words: Service Co-production; Health System Complexity; Loosely-Coupled Systems; and Enactment

JEL Classification System: I12 - Health Behavior; L14 - Transactional Relationships, Networks

Índice Geral

Dedicatória	I
Agradecimentos	II
Resumo	IV
Abstract.....	V
Índice Geral	VI
Índice de Tabelas.....	X
Índice de Figuras	XI
Lista de Abreviações	XIII
Índice de Anexos	XV
Índice de Tabelas de Anexos.....	XVI
Índice de Figuras de Anexos	XX
I. INTRODUÇÃO	1
1. CONTEXTO, PROBLEMA E ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	1
1.1. Contexto do Problema a partir da Teoria e Relevância	1
1.2. Formulação do Problema e Definição de Objetivos	5
1.3. Estrutura da Dissertação	12
II. ABORDAGEM TEÓRICA	13
2. INTRODUÇÃO À REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1. O Paradigma da Produção Industrial versus o Paradigma da Coprodução em Organizações Complexas de Serviços de Saúde.....	13
2.2. A rutura com o paradigma da racionalidade e da integração máxima e a emergência do paradigma “loosely coupled systems”: continuidade entre meio interno e externo.....	18
2.3. Complexidade Organizacional e Paradoxalidade da Performance Dual nas Organizações.....	24
2.4. O primado da ação ou “enactment” como via de evolução dos mapas cognitivos dos atores e cenário de criação de sentido, no seio do processo do organizar.....	30
2.5. Síntese da Abordagem Teórica e Objetivos de Investigação Empírica	33
III. METODOLOGIA	35
3. FUNDAMENTOS DA METODOLOGIA E DA HISTÓRIA NATURAL DA INVESTIGAÇÃO	35
3.1. Parte I.....	35
3.1.1. Fundamentos Teóricos da Metodologia	35
3.1.1.1. Problema e Metodologia	35

3.1.1.2.	Leque de Abordagens Epistemológicas de Investigação	36
3.1.1.3.	A Evolução do Paradigma da Investigação Qualitativa.....	37
3.1.1.4.	Investigação Qualitativa e Papel do Investigador	38
3.1.2.	Paradigma da Investigação Qualitativa: Definição, Contrastes, Limites Epistemológicos e a compreensão do papel do Investigador “Bricoleur”	39
3.1.2.1.	Definição da Investigação Qualitativa: Abordagem multimétodo, interpretativista e naturalista.....	39
3.1.2.2.	Análise contrastante entre Investigação Qualitativa versus Investigação Quantitativa	41
3.1.2.3.	Paradigma da Investigação Qualitativa: Limites epistemológicos e metodológicos.....	43
3.1.2.4.	O Investigador “Bricoleur” ou “Quilt Maker”	46
3.1.2.5.	Investigação Qualitativa: Crítica ao “Indutivismo Simplista”	47
3.1.3.	Metodologia Investigação-Ação e o Paradigma Interpretativista-Construtivista	49
3.1.3.1.	Definição e outras questões	49
3.1.3.2.	Metodologia da Investigação-Ação	50
3.1.4.	Métodos de Suporte à Metodologia de Investigação Qualitativa.....	52
3.1.4.1.	Método de focus grupos: estrutura, processo e dados.....	52
3.1.4.2.	Evolução Epistemológica do Método de Focus Grupos	54
3.1.4.3.	As três Funções do Método de Focus Grupo: Pedagógica, Política e de Investigação	55
3.2.	PARTE II	57
3.2.1.	Fundamentos de Redação de uma Experiência de Investigação Qualitativa..	57
3.2.2.	Introdução à História Natural da Investigação	59
3.2.3.	Circunstâncias da Investigação, Condicionalismos do Terreno de Pesquisa e o Acesso Possível aos Dados	59
3.2.3.1.	O Terreno de Investigação: A investigação-ação “útil”	59
3.2.3.2.	Contingências do terreno de investigação: O “enactment” possível e os limites no acesso à Investigação-Ação	61
3.2.3.3.	Afunilamento do terreno da investigação-ação: O design emergente	63
3.2.3.4.	O Objeto de Estudo e o Registo dos Dados	67
3.2.3.5.	Reflexão sobre o Método de Investigação-Ação: Impacto, Considerações e Limitações	69
3.2.4.	Dados Estudados e Métodos de Recolha usados em cada Universo de Dados	69
3.2.4.1.	Universo de dados da comunicação institucional da entidade (Anos: 2012 e 2013)	70
3.2.4.2.	Universo de dados das Campanhas em Parcerias criadas pela Comissão de Promoção (Ano: 2013)	70
3.2.4.3.	Universo dos dados recolhidos junto a uma amostra de estudantes universitários (Ano: 2013).....	72
3.3.	Procedimento de análise dos dados.....	75

IV.	ANÁLISE DE DADOS E DE RESULTADOS	81
4.	APRESENTAÇÃO DO PROCEDIMENTO E ANÁLISE DE DADOS	81
4.1.	Análise de Conteúdo: Comunicação Institucional e Comunicação de Parcerias...	82
4.1.1.	Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação Institucional e Comunicação em Parcerias”	82
4.1.2.	Dimensão “Motivação Pró-Social”	83
4.1.3.	Dimensão “Valores Pessoais”	84
4.1.4.	Dimensão “Perceção das Normas Sociais”	84
4.1.5.	Dimensão “Mensagens Promocionais”	85
4.1.6.	Dimensão “Acessibilidade aos locais de Colheita de Sangue”	86
4.1.7.	Dimensão “Envolvimento e Goodwill IPST, IP”	88
4.1.8.	Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”	88
4.1.9.	Dimensão “Divulgação da Necessidade Contínua de Dádiva de Sangue”	90
4.1.10.	Dimensão “Comunicação e Marketing”	90
4.2.	Análise de dados relativos à representação da dádiva: Focus grupos.....	92
4.2.1.	Análise dos questionários realizados aos estudantes: Focus grupos	92
4.3.	Análise de dados relativos aos conteúdos subjacentes à representação: Focus grupos.....	93
4.3.1.	Dimensão “Medos”	93
4.3.2.	Dimensão “Imaginário Social”	95
4.3.3.	Dimensão “Locais Colheita Sangue”	96
4.3.4.	Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: IPST”	98
4.3.5.	Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: Hospitais”	100
4.3.6.	Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST”	102
4.3.7.	Dimensão “Perceção da Qualidade de Informação”	104
4.3.8.	Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”	105
4.3.9.	Dimensão “Perceção das Necessidades de Sangue”	107
4.3.10.	Dimensão “Motivação Pró-social”	109
4.3.11.	Dimensão “Valores Pessoais”	110
4.3.12.	Dimensão “Perceção das Normas Sociais”	111
4.3.13.	Dimensão “Comunicação e Marketing”	111
V.	DISCUSSÃO DE RESULTADOS	115
5.	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	115
5.1.	Apresentação de resultados dos mapas cognitivos face a eixos ortogonais derivados indutivamente	116
5.1.1.	Apresentação de Resultados do Mapa Cognitivo da Comunicação Institucional.....	117
5.1.2.	Apresentação de Resultados do Mapa Cognitivo das Representações dos Estudantes.....	119
5.1.3.	Apresentação de Resultados do Mapa Cognitivo da Comunicação com Parcerias.....	122
5.1.4.	Apresentação da Síntese Comparativa entre Mapas Cognitivos	124

5.2. Discussão de Resultados	125
VI. CONCLUSÕES	129
6. INTRODUÇÃO À SÍNTESE CONCLUSIVA	129
6.1. Principais Conclusões e Confronto com os Objetivos	129
6.2. Limitações do Estudo	134
6.3. Pistas de Investigação Futura	134
Referências Bibliográficas	137

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Paradigmas de Investigação: Qualitativa <i>versus</i> Quantitativa (Adaptado de Gephart, 2004; Denzin e Lincon, 2011; e Gioia <i>et al.</i> , 2012).	43
Tabela 2 – Abordagens dos Paradigmas de Investigação em Ciências Sociais (Adaptado de Lincon et al., 2011)	44
Tabela 3 - Crenças básicas do Paradigma Interpretativista-Construtivista (Adaptado de Lincon <i>et al.</i> , 2011).....	45
Tabela 4 – Tabela da caracterização sociodemográfica da amostra de estudantes: Dois Focus Grupos	74

Índice de Figuras

Figura 1 – Processo de codificação (análise indutiva) aos meios de comunicação institucional e das campanhas com parceiros	77
Figura 2 - Processo de codificação (análise indutiva) às representações dos estudantes universitários	77
Figura 3 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação Parcerias	83
Figura 4 – Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Mensagens Promocionais”: Comunicação Parcerias	86
Figura 5 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Acessibilidade aos locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Institucional	87
Figura 6 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Acessibilidade aos locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Parcerias.....	87
Figura 7 – Mapa Relevância Temática Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Institucional.....	89
Figura 8 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Parcerias	89
Figura 9 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Institucional.....	91
Figura 10 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Parcerias	91
Figura 11 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Medos”	94
Figura 12 - Mapa Percetual da Dimensão “Medos”.....	94
Figura 13 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Imaginário Social”	95
Figura 14 - Mapa Percetual da Dimensão “Imaginário Social”	96
Figura 15 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Locais Colheita Sangue”	97
Figura 16 - Mapa Percetual da Dimensão “Locais Colheita Sangue”.....	98
Figura 17 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Perceção Qualidade Serviço IPST”	99
Figura 18 - Mapa Percetual da Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: IPST, IP”	100

Figura 19 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: Hospitais”	101
Figura 20 - Mapa Percetual da Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: Hospitais”	102
Figura 21 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST”	103
Figura 22 - Mapa Percetual da Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST, IP”	104
Figura 23 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Perceção da Qualidade de Informação”	105
Figura 24 - Mapa Percetual da Dimensão “Perceção da Qualidade de Informação”	105
Figura 25 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue” ..	106
Figura 26 - Mapa Percetual da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”	107
Figura 27 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Perceção das Necessidades de Sangue”	108
Figura 28 - Mapa Percetual da Dimensão “Perceção das Necessidades de Sangue”	109
Figura 29 - Mapa Percetual da Dimensão “Motivação Pró-social”	110
Figura 30 - Mapa Percetual da Dimensão “Valores Pessoais”	110
Figura 31 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Comunicação e Marketing”	112
Figura 32 - Mapa Percetual da Dimensão “Comunicação e Marketing”	113
Figura 33 – Mapa Cognitivo da Comunicação Institucional.....	118
Figura 34 – Síntese dos Resultados do Mapa Cognitivo: Comunicação Institucional.....	119
Figura 35 – Mapa Cognitivo das Representações dos Estudantes	120
Figura 36 - Síntese dos resultados do mapa cognitivo: Representações dos estudantes.....	121
Figura 37 – Mapa Cognitivo da Comunicação em Campanhas com Parceiros	122
Figura 38 – Resultados Síntese do Mapa Cognitivo: Comunicação de Parcerias.....	123
Figura 39 – Gráfico de síntese comparativa entre os três mapas cognitivos.....	124

Lista de Abreviações

NPM New Public Management

OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

TIC Tecnologias da Informação e da Comunicação

OPSS Observatório Português dos Sistemas de Saúde

FG *Focus* Grupos

PhD *Doctor Philosophiae*

CD Conselho Diretivo

AABB Acrónimo - Advancing Transfusion and Cellular Therapies Worldwide;

FIFO First in First Out

SNS Sistema Nacional de Saúde

CITE Classificação Internacional Tipo da Educação

SERVQUAL Inquérito à Perceção da Qualidade do Serviço

MAXQDA Software de Análise Qualitativa

IPST Instituto Português do Sangue e da Transplantação

TQM Total Quality Management

SMS Short Message Service

EDQM European Conference on Donor Health and Management

CPPDSC Comissão de Promoção e Planeamento da Dádiva de Sangue e Células

EMFA Estado Maior General das Forças Armadas

GNR Guarda Nacional Republicana

PSP Polícia de Segurança Pública

ANPC Autoridade Nacional de Proteção Civil

INEM Instituto Nacional de Emergência Médica

TP Turismo de Portugal

ANF Associação Nacional de Farmácias

JMS José de Melo Saúde

ESS Espírito Santo Saúde

DGS (PNDCCV) Direção-Geral da Saúde (Plano Nacional Doenças Cerebro-Cardiovasculares)

ACIDI Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

EHTP Escola de Hotelaria e de Turismo do Porto

IPDJ Instituto Português do Desporto e Juventude

POPH Programa Operacional Potencial Humano

MEC Ministério da Educação e Ciência

ANCCT Agência Nacional Centros de Ciência Viva

RCCV Rede Nacional de Centros de Ciência Viva

ECV Escola Ciência Viva (pavilhão do conhecimento)

CST Centro de Sangue e Transplantação

Índice de Anexos

ANEXO 1	147
ANEXO 2	149
ANEXO 3	151
ANEXO 4	153
ANEXO 5	155
ANEXO 6	157
ANEXO 7	159
ANEXO 8	171
ANEXO 9	181
ANEXO 10	193
ANEXO 11	203
ANEXO 12	221
ANEXO 13	231
ANEXO 14	233
ANEXO 15	241
ANEXO 16	245

Índice de Tabelas de Anexos

Tabela Anexo 1 – Matriz de relação de competências institucionais por área de componentes orgânicos da nova entidade (afunilamento do terreno de acesso à investigação-acção).....	147
Tabela Anexo 2 - Ações de Investigação-Ação desenvolvidas no âmbito da CPPDSC.....	149
Tabela Anexos 3 - Meios de promoção e comunicação institucionais analisados: Campanha Nacional 2012 e Campanha Nacional 2013	151
Tabela Anexos 4 - Campanhas de Promoção Nacionais para os períodos críticos de dádiva de sangue (meios de promoção e comunicação selecionados)	153
Tabela Anexos 5 – Memória Descritiva de Indicadores, Categorias e Dimensões da Comunicação Institucional e da Comunicação de Parcerias derivada por Método Indutivo.	159
Tabela Anexos 6 – Frequência de Indicadores, Categorias e Dimensões da Comunicação Institucional, derivadas por Método Indutivo	171
“hospital”	174
Tabela Anexo 7 – Frequência de Indicadores, Categorias e Dimensões da Comunicação com Parceiros, derivada por Método Indutivo	181
Tabela Anexo 8 – Memória Descritiva de Indicadores, Categorias e Dimensões das Representações da dádiva de sangue, derivada por Método Indutivo.....	193
Tabela Anexos 9 - Frequência de Indicadores, Categorias e Dimensões das representações da dádiva de sangue, derivada por Método Indutivo	203
Tabela Anexos 10 - Frequências Absolutas da Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação Institucional.....	221
Tabela Anexos 14 - Frequências Absolutas Dimensão “Pró-Social”: Comunicação Institucional.....	222
Tabela Anexos 15 - Frequências Absolutas Dimensão “Pró-Social”: Comunicação em Parcerias	222
Tabela Anexos 16 - Matriz da Dimensão Dimensão “Pró-Social”: Comunicação Institucional	222
Tabela Anexos 17 - Matriz da Dimensão Dimensão “Pró-Social”: Comunicação em Parcerias	222
Tabela Anexos 18 - Frequências Absolutas Dimensão “Valores Pessoais”: Comunicação Institucional.....	223
Tabela Anexos 19 - Matriz da Dimensão “Valores Pessoais”: Comunicação Institucional ..	223
Tabela Anexos 20 - Frequências Absolutas Dimensão “Normas Sociais”: Comunicação Institucional.....	224
Tabela Anexos 21 - Matriz da Dimensão “Normas Sociais”: Comunicação Institucional....	224

Tabela Anexos 22 - Frequências Absolutas “Mensagens Promocionais”: Comunicação Institucional.....	224
Tabela Anexos 23 - Frequências Absolutas “Mensagens Promocionais”: Comunicação Parcerias	224
Tabela Anexos 24 - Matriz da Dimensão “Mensagens Promocionais”: Comunicação Institucional.....	225
Tabela Anexos 25 - Matriz da Dimensão “Mensagens Promocionais”: Parcerias	225
Tabela Anexos 26 - Frequências Absolutas da Dimensão “Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Institucional.....	226
Tabela Anexos 27 - Frequências Absolutas da Dimensão “Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Parcerias	226
Tabela Anexos 28 - Matriz da Dimensão “Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Institucional.....	226
Tabela Anexos 29 - Matriz da Dimensão “Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue”: Comunicação das Parcerias	226
Tabela Anexos 30 - Frequências Absolutas da Dimensão “Envolvimento e Goodwill IPST”: Comunicação das Parcerias	227
Tabela Anexos 31 - Matriz da Dimensão “Envolvimento e Goodwill IPST”: Comunicação das	227
Tabela Anexos 32 - Frequências Absolutas da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Institucional.....	227
Tabela Anexos 33 - Frequências Absolutas da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Parcerias	228
Tabela Anexos 34 - Matriz da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Institucional.....	228
Tabela Anexos 35 - Matriz da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação das Parcerias	228
Tabela Anexos 36 - Frequências Absolutas da Dimensão “Divulgação da Necessidade Contínua de Dádiva de Sangue”: Comunicação Parcerias.....	228
Tabela Anexos 37 - Matriz da Dimensão “Divulgação da Necessidade Contínua de Dádiva de Sangue”: Comunicação Parcerias.....	229
Tabela Anexos 38 - Frequências Absolutas da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Institucional.....	229
Tabela Anexos 39 - Frequências Absolutas da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Parcerias	229
Tabela Anexos 40 - Matriz da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Institucional.....	230

Tabela Anexos 41 - Matriz da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Parcerias	230
Tabela Anexos 42 - Análise das respostas da amostra de estudantes ao inquérito sobre conhecimento e comportamento face à dádiva de sangue.....	231
Tabela Anexos 43 - Frequências Absolutas da Dimensão “Medos”	233
Tabela Anexos 44 - Matriz da Dimensão Medos: Focus Grupos	233
Tabela Anexos 45 - Frequências Absolutas da Dimensão “Imaginário Social”	233
Tabela Anexos 46 - Matriz da Dimensão “Imaginário Social”: Focus Grupos	233
Tabela Anexos 47 - Frequências Absolutas da Dimensão “Locais Colheita Sangue”	233
Tabela Anexos 48 - Matriz da Dimensão “Locais Colheita Sangue”: <i>Focus</i> Grupos.....	234
Tabela Anexos 49 - Frequências Absolutas da Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: IPST”	234
Tabela Anexos 50 - Matriz da Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: IPST”: <i>Focus</i> Grupos	234
Tabela Anexos 51 - Frequências Absolutas da Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: Hospitais”	234
Tabela Anexos 52 - Matriz da Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: Hospitais”: <i>Focus</i> Grupos	235
Tabela Anexos 53 - Frequências Absolutas da Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST”	235
Tabela Anexos 54 - Matriz da Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST”: <i>Focus</i> Grupos	235
Tabela Anexos 55 - Frequências Absolutas da Dimensão “Perceção da Qualidade de Informação”	235
Tabela Anexos 56 - Matriz da Dimensão “Perceção da Qualidade de Informação”: <i>Focus</i> Grupos	235
Tabela Anexos 57 - Frequências Absolutas da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue” ..	236
Tabela Anexos 58 - Matriz da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: <i>Focus</i> Grupos ..	236
Tabela Anexos 59 - Frequências Absolutas da Dimensão “Perceção das Necessidades de Sangue”	236
Tabela Anexos 60 - Matriz da Dimensão “Perceção das Necessidades de Sangue”: <i>Focus</i> Grupos	236
Tabela Anexos 61 – Frequências Absolutas da Dimensão “Motivação Pró-social”	237
Tabela Anexos 62 - Matriz da Dimensão “Motivação Pró-social” para os dois <i>Focus</i> Grupos	237

Tabela Anexos 63 - Frequências Absolutas da Dimensão “Valores Pessoais”	237
Tabela Anexos 64 - Matriz da Dimensão “Valores Pessoais”: dois <i>Focus</i> Grupos	237
Tabela Anexos 65 - Frequências Absolutas da Dimensão “Perceção das Normas Sociais” ...	238
Tabela Anexos 66 - Matriz da Dimensão “Perceção das Normas Sociais”: <i>Focus</i> Grupos....	238
Tabela Anexos 67 - Frequências Absolutas da Dimensão “Comunicação e Marketing”	239
Tabela Anexos 68 - Matriz da Dimensão “Comunicação e Marketing”: <i>Focus</i> Grupos	239
Tabela Anexos 69 – Tabela síntese de frequências absolutas da comunicação institucional e da comunicação com parcerias	241
Tabela Anexos 70 - Tabela síntese de frequências absolutas das representações de estudantes universitários	243

Índice de Figuras de Anexos

Figura Anexo 1 – Identificação da nova entidade e sua composição pelos seis organismos anteriormente independentes (círculo cinzento).....	147
Figura Anexos 2 – Matricialização da estrutura por ação da intervenção da investigação-ação desenvolvida na entidade em processo de fusão.....	148
Figura Anexos 4 – Folheto Institucional “Torna-te Dador”.....	151
Figura Anexos 5 - Cartazes Campanha Institucional 2013.....	151
Figura Anexos 7 - Cartaz e Folheto da Campanha Danacol.....	153
Figura Anexos 8 – Campanha: Time-Out Lisboa.....	154
Figura Anexos 9 - Campanha: Roadshow Solidário Immochan/Grupo Auchan.....	154
Figura Anexos 10 - Logotipos de organizações de saúde portuguesas, representadas em círculo de forma aleatória.....	155
Figura Anexos 11 - Mapa de Relevância Temática Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação Institucional.....	222
Figura Anexos 12 - Mapa de Relevância Temática Dimensão “Pró-Social”: Comunicação Institucional	223
Figura Anexos 13 - Mapa de Relevância Temática Dimensão “Pró-Social”: Comunicação Parcerias.....	223
Figura Anexos 14 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Mensagens Promocionais”: Comunicação Institucional.....	225
Figura Anexos 15 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Envolvimento e Goodwill IPST”: Comunicação Parcerias.....	227
Figura Anexos 16 – Logotipo da organização de saúde que os estudantes mais (re)conhecem	231
Figura Anexos 17 - Logotipo da organização de saúde que em 2º lugar os estudantes mais (re)conhecem.....	231
Figura Anexos 18 - Logotipo da organização de saúde que em 3º lugar os estudantes mais (re)conhecem.....	231
Figura Anexos 19 - Logotipo da organização de saúde que os estudantes menos (re)conhecem/desconhecem, totalmente.....	231
Figura Anexos 20 – Contacto com campanhas de dádiva de sangue, pelos estudantes.....	232
Figura Anexos 21 – Local cimeiro e espontaneamente considerado pelos estudantes para darem sangue.....	232
Figura Anexos 22 – Estudantes que já deram sangue, pelo menos uma vez na vida.....	232
Figura Anexos 23 – Local da última dádiva de sangue, pelos estudantes.....	232

Figura Anexos 24 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Motivação Pró-social”...237	
Figura Anexos 25 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Perceção das Normas Sociais”.....238	
Figura Anexos 26 - Mapa Perceptual da Dimensão “Perceção das Normas Sociais”.....238	

I. INTRODUÇÃO

1. Contexto, Problema e Estrutura da Dissertação

1.1. Contexto do Problema a partir da Teoria e Relevância

A estabilidade e a prosperidade económico-financeira dominantes na Europa e EUA, até meados dos anos 70, cederam lugar à turbulência e à incerteza dos mercados, na sequência de sucessivos choques petrolíferos. Diversos autores têm-se referido a esta instabilidade como determinante na evolução do paradigma gestor das organizações (públicas e privadas), ou seja, que teria terminado a era da “mão visível” e da dominância dos mercados por parte das “grandes empresas” (Chandler, 1977; Peters, 1987), com opções organizacionais pela integração vertical, na perspetiva da redução de “custos de transação” e/ou desenvolvimento de “economias de escala” (Chandler e Daems, 1994). Na época atual (pós-crise de 1973/75) teríamos passado à “era do caos” (Peters, 1987), de um mix de “mão invisível” (Adam Smith) e de mão visível de gestores profissionais, e de um novo dinamismo introduzido pelas pequenas economias e/ou empresas inovadoras. É neste contexto que o mundo assiste, com interesse, à emergência das quatro economias paradigmáticas da Ásia (Tigres Asiáticos) - Singapura, Taiwan, Hong-Kong e Coreia do Sul - que neste processo, se aproximaram mais da matriz japonesa de gestão do que da do ocidente, tendo, em seguida contagiado esta.

Efetivamente, o novo paradigma de gestão empresarial assentava agora nos princípios do trabalho em equipa, no “enactment” de Weick (1979; 2001; 2009), na flexibilidade e adaptabilidade da organização à centralidade no cliente, através da incorporação nos processos das suas necessidades e expectativas. Esses princípios foram em primeira mão descritos em profundidade por Ouchi (1981) e Pascale e Athos (1981), conhecidos posteriormente sob a fórmula da “Gestão pela Qualidade Total” (TQM), de acordo com Lopes e Reto (1990).

Do ponto de vista teórico, os valores organizacionais passaram a reconhecer o indivíduo e a sua capacidade de “destruição criativa”, expressão de Joseph Shumpeter na criação da excelência e do valor (Murteira, 2005). É ao nível de cada indivíduo na organização, que a abertura à “voz do cliente” se deverá passar a verificar, propõe Albert Hirschman numa visão unificadora e inovadora, em contracorrente com o pensamento de competição, omnipresente à época, na América dos anos 70.

O novo paradigma que associava o papel de cada indivíduo na atenção ao cliente forçou os autores ocidentais, a partir da década de 80, a reprimarem outros, há muito quase esquecidos, e cujas conceptualizações já se focalizavam na centralidade do cliente em detrimento do foco no produto/produtor. Os clássicos, Adam Smith e Joseph Schumpeter, encontravam-se no desiderato da “equação humana” (Pfeffer, 1998) como o fator capaz de verdadeiramente gerar inovação e desenvolvimento económico, por oposição à ideia de recurso, subsidiário da tecnologia e do mercado, tidos pela teoria clássica taylorista-fayolista como os únicos fator de contingência geradores de riqueza nas organizações (Peters, 1987; March e Simon, 1993).

Peter Drucker, no início da década de 90, alertava para a importância das organizações se reinventarem através dos seus clientes e dos seus desejos, atuando face à ambiguidade do meio, sem se deterem na ilusão do planeamento antecipado, e assim responderem às necessidades e expectativas dos mesmos, através da “(...) exploração do sucesso, em particular os inesperados e não planeados, o que exige uma inovação sistemática” (Drucker, 2012: 360; 1992). Para o conseguirem, todas as organizações têm que encontrar um agente de mudança e não confiar que as tecnologias possam ser as únicas responsáveis pela mudança (Drucker, 2012; Baumard e Starbuck, 2005). Nas organizações complexas, nomeadamente as de saúde, como George e Mannarini (2013) admitem, a mudança pressupõe, igualmente, um agente de mudança que esteja presente, de modo natural, em todas as áreas operativas e que possa “(...) desempenhar o papel de integrador transversal (...)” (2013: 21), com perfil adequado e legitimidade para tal função (2013).

Paralelamente, na administração pública ocidental, nomeadamente nos países anglo-saxónicos, iniciou-se um movimento inspirado neste modelo empresarial e que se pretendia mais focado no designado “mercado” da prestação de serviços públicos, popularizado sob o “New Public Management” (NPM) sistematizado por Hood (1991).

Autores como Osborne, Radnor e Nasi (2012) reconhecem o papel de Hood (1991) na teorização deste esforço nas organizações públicas, apontando para uma “(...) gestão criteriosa em oposição a uma gestão administrativa (...); uma desagregação dos serviços em unidades de base (...); incidência nos custos unitários; preocupação com a gestão do desempenho e controlo dos resultados e uso dos mercados e da competição como meio de alocação de recursos (e conseqüente reformulação dos cidadãos enquanto “utilizadores” dos serviços” (Osborne, *et al.* 2012: 1).

A “falha” da NPM, desde a sua génese à atualidade, de acordo com Osborne *et al.* (2012), reside no facto de a deriva conceptual do seu corpo teórico assentar preferencialmente na inspiração dos fundamentos da gestão para o sector industrial, e não numa filosofia de serviços, em “coprodução” com o cliente. Para os autores (2012), tal criou uma “falha fatal” na teoria da gestão pública, em que o “serviço público” se perspetiva “de produção” ou “pré-produzido” em lugar de se conceber como um “serviço coproduzido” com o cliente (Osborne *et al.*, 2012: 1).

É nesta “natureza transaccional de relação” (2012: 1) com o cidadão/cliente que estes mesmos autores (2012) consideram encontrar-se, recorrentemente, a referida falta de flexibilidade, adaptabilidade e inovação dos serviços públicos, com a NPM a ensaiar modelos contraditórios em termos de organização do trabalho e das pessoas.

Efetivamente, no período que medeia entre a década de 80 até meados dos anos 90 observou-se a moda da diferenciação dos serviços (“Small is beautiful”) em toda a administração pública, nomeadamente ao nível do “National Health System” (Pettigrew, 1987; 2012; Lopes 2001). Tal processo, de acordo com Pettigrew (1987), estava inclusivamente a obter ganhos de eficiência, porém, não de eficácia. Os autores do NPM estudados invocavam futuros ganhos de eficácia e de eficiência, decorrentes da situação de “quasi-mercado”, cuja emergência devia chegar pela autonomia dos serviços, entretanto diferenciados. Não se previu, porém, os efeitos da duplicação de serviços que este paradigma da racionalização transportava, com a consequente perda de eficiência, sem que se tivesse sequer chegado a melhorar a eficácia. A título de exemplo, atente-se na multiplicação de centros de saúde com valências ao nível das consultas externas, situação que não resolveria a afluência maioritária à urgência dos hospitais, e denunciada pela representação “hospitalocêntrica da prestação dos cuidados de saúde” (OPSS, 2008: 111). Do mesmo modo, a colheita de sangue em Portugal encontra-se desmultiplicada pelas ações da responsabilidade da entidade oficial e por todos os hospitais que têm serviços de medicina transfusional, com uma capacidade instalada em situação de perfeita redundância, porém subaproveitada.

É face a esta situação da não emergência do que depois se começou a designar de “quasi-mercado” que a moda da integração hierárquica (não por rede) retorna, nos termos de Moreira (2007), e as organizações da administração pública, na generalidade dos países da OCDE (Baker e Denis, 2011), passam a aderir à “vaga de fusões”, de acordo com a linha da integração vertical. Conforme investigações realizadas ao nível do National Health System (Gaynor, Laudicella e Propper, 2012; Fulop, Protopsaltis, Hutchings, King, Allen e Walters,

2002; Fulop, Protopsaltis, King, Allen, Hutchings e Normand, 2005), a generalidade das organizações públicas em processo de fusão, optam por esta via da integração hierárquica.

A opção pelas fusões, como via de integração organizacional, a que se assiste a partir da década de 90 na administração pública, e em particular no National Health System, nos países já identificados, parece revelar-se como uma panaceia da gestão “moderna”, porém muito pouco apropriada à gestão do conhecimento e da “expertise” das “burocracias profissionais” (Mintzberg, 1995) ou das organizações de “modelo profissional e colegial” (Weick e McDaniel, 1989). Como demonstram Gaynor *et al.* (2012), Dupuis e Farinas (2010) e Fulop *et al.* (2002; 2005), os estudos referentes a mais de uma década de investigação acerca da moda da integração, também não corroboraram os ganhos de eficiência - atendendo a que a eficácia dificilmente poderia melhorar por esta via, como já Pettigrew reconheceu (1987) - em particular nas organizações do National Health System, inclusive no sector da saúde em países de cultura igualitária, como os escandinavos (Fulop *et al.*, 2005).

Em conclusão, quer a moda da diferenciação, quer a moda da integração, seguidas ao longo dos 35 anos de influência da NPM na administração pública, alicerçou-se no mesmo paradigma industrial de dominância de produto, sem um enfoque no cliente e na abertura aos seus requisitos, os quais deveriam ser verdadeiramente conhecidos pela generalidade da organização, como defende Osborne *et al.* (2012). É toda uma corrente de autores que vai de March e Simon (1958; 1993), a Weick (1969; 1979), Starbuck (1983) e Mintzberg (1995; 1989; 2004) que questionam o que poderia designar-se como “mapa cognitivo” (Weick e Bougon, 2001) dominante nos gestores. Este continuaria, nos nossos dias, a basear-se no paradigma da máxima eficiência e da racionalidade, do comando-controlo e da previsibilidade inscrita na perspetiva “entitativista” da organização (Katz e Kahn, 1976; Astley e Van de Ven, 1983; Gioia, 2006) e que tem por base o pressuposto do “pensamento-ação”, de que fala Perrow (1987). Este mapa cognitivo, que permanece na mente dos gestores públicos e privados da ação-planeada, em última instância, só admitiria a ideia de cliente como recurso estratégico porque a concorrência assim obriga. Na definição de Osborne *et al.* (2012), é o paradigma da industrialização que se mantém dominante, sem abertura a uma coprodução de serviços com o cliente.

A tecnologia da interatividade, ou das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC), irrompera, entretanto, com uma expressão crescente nas organizações, desde a década de 80, e tantas vezes celebrada como a oportunidade de uma relação imediata com o cliente; mas se a organização não incorporar a relação de coprodução com o cliente, pode mesmo

converter-se num mero custo, configurando o conhecido “paradoxo de Solow” (Lopes, 2012). Crozier (1989), nomeadamente, alertava, de igual modo, para este problema, designando esta passagem à era dos “tecno-serviços” como a necessidade de se escutar a voz do cliente, tal como já Hirschman (1970) recomendava, no fim da era da “mão visível”, que a dispensava (Chandler, 1977), dado que seria o domínio do mercado que ela visava.

Procurando deduzir o problema a partir da literatura, pensamos ter evocado autores de diferentes correntes, que traçaram a inevitabilidade das organizações terem que incorporar a ideia de coprodução de serviços a partir das necessidades e expectativas dos seus clientes.

O estudo de uma organização de saúde em Portugal constitui para nós o paradigma da situação teórica que apresentamos; anteriormente diferenciada, e agora integrada, mas sempre orientada para o paradigma industrial de lógica de processo e de produto, sem verdadeiramente acolher as necessidades e expectativas do cliente, incorporando, por essa via, a flexibilidade, a adaptabilidade e a inovação que um serviço de natureza complexa, como o da saúde, assim o exige

1.2. Formulação do Problema e Definição de Objetivos

O problema geral das organizações de saúde situa-se, desde logo, na diferenciação crescente de cada um dos “quatro mundos” identificados por Glouberman e Mintzberg (2001), que neste particular revisitam os termos da teoria contingencial de Lawrence e Lorsch (1967), aproximando-as a um paradigma da máxima complexidade organizacional.

Efetivamente, as organizações de saúde complexificaram-se a partir da emergência do “mundo do cuidar”, como no modelo da medicina de proximidade do médico, conhecido como o João Semana, personagem de romance de Júlio Diniz, mas igualmente pessoa real e bem inserida no mundo da época. Acerca dele, diz Cruz (2014: 149), citando palavras do Prof. Egas Moniz, que era um “clínico dedicado aos seus doentes, como mais se não podia ser”. A este perfil se viria a sobrepor, posteriormente, mas de modo rápido, o “mundo do curar”, associado a uma máxima especialização da prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados e suportados em tecnologia intensiva. Esta situação criou, desde o seu início, uma pressão nos custos da prestação dos serviços de saúde, sem a correspondente melhoria da eficácia e com o agravamento da situação do lado da eficiência, o que remete este mesmo mundo para a necessidade de se reconciliar no paradoxo entre a qualidade do cuidado face à economia do cuidado. Em todos os países da OCDE, segundo Baker e Denis (2011), se tem vindo a constatar a necessidade de fazer entrar no sistema o “mundo do controlo”. Este

procura contrapor à preocupação da maximização da eficácia do tratamento dos clientes do mundo do curar, o controlo dos gastos correspondentes. A crescente consciencialização dos direitos do cliente, associada a uma comunicação social atenta e pressionante, bem como uma produção legislativa protetora em casos de negligência, vieram atribuir um maior poder de intervenção ao quarto e último mundo das organizações de saúde, enunciados por Glouberman e Mintzberg (2001), ou seja, o “mundo da comunidade”.

Prahalad e Ramaswamy (2004) alertam para a grande dificuldade em operar esta integração dos clientes, de um modo geral, mas igualmente para a inevitabilidade destes, em organizações complexas, passarem de consumidores passivos a coprodutores ativos, pela adoção de uma metodologia de ação rigorosa e persistentemente prosseguida.

A máxima diferenciação dos sistemas de saúde constatada por Glouberman e Mintzberg (2001) traduz-se pelo facto de estes mundos de modo algum convergirem entre si, mas antes divergem até uma prática, por eles designada como de, “irreconciliação de abordagens” (2001:57). Esta situação reforça a imagem de silos que enclausuram os profissionais de cada mundo, uns face aos outros, referindo-se ainda os autores (2001) quer à insuficiência de comunicação entre estes, quer à recusa da transferência de saberes, quer ainda à dificuldade de educação para a saúde, dirigida à comunidade.

Neste sentido, Mintzberg e Glouberman (2001) referem que a diferenciação, sendo a maior força das organizações de saúde, dada a sua capacidade de coordenação “semiautomática (...) quase sem necessidade de falarem entre si” (2001:73), a maior fraqueza dos sistemas de saúde reside na desadequação do processo de integração, que despreza os “(...) mecanismos de coordenação mais simples (...)” (2001: 74), como o ajustamento mútuo.

Acresce que, se a evolução da diferenciação está em crescendo no seio de cada um dos mundos da saúde, já a integração entre estes tem estado sujeita a um paradoxo.

A evolução teórica descrita revela a emergência de um problema que não tem perdido atualidade (George e Mannarini, 2013) e que já Lawrence e Lorsch (1967) intuía. Segundo estes autores (1967), à máxima diferenciação orgânica deveria corresponder uma integração equivalente, com vista à resolução da eficácia e da eficiência.

O paradigma enunciado por Lawrence e Lorsch (1967) seria questionado por Weick (1976) na sua conceptualização seminal dos “loosely coupled systems”.

De acordo com Weick (1976) as estruturas altamente diferenciadas, como são as de educação, mas principalmente as de saúde (Weick e McDaniel, 1989; Mintzberg e

Glouberman, 2001), tornar-se-iam ineficazes se submetidas a uma correspondente integração, na sua preocupação em responder pelo primado da eficiência (Dupuis e Farinas, 2010).

Os sistemas “loosely coupled” inserem-se da tradição de Herbert Simon e de James March na procura por uma “gestão satisfatória” das organizações e de forte combate aos mitos da eficácia associada à planificação e à máxima informação para a tomada de decisões racionais.

Parafrazeando Moreira (2007), as organizações complexas necessitam de estruturas “loosely coupled” para responderem de maneira flexível e eficaz a um meio em permanente mutação, mas o mito da eficácia ligado à integração pela hierarquia coloca-as na rota da máxima rigidez vertical.

O paradoxo enunciado traduz-se, assim, de forma prática em duas proposições antagónicas: por um lado, a diferenciação das organizações fê-las passar da lógica da produção à lógica da integração pelo cliente, incorporando as suas necessidades e expectativas, desde a conceção do serviço (Osborne *et al.*, 2012); e, por outro lado, o mito da eficácia da integração máxima pelo controlo, inspirado da teoria clássica de gestão, mantém-se estável no mapa cognitivo dos gestores (Jordão, 2000), adensando a complexidade destes sistemas.

Efetivamente, à organização de saúde, já de si complexa dada a especialização crescente do curar e da perspectiva holística do cuidar, vem acrescentar-se a visão do controlo de custos e do primado da eficiência, com vista a uma supremacia sobre os dois primeiros. Tal parece legitimar a fixação dos gestores no paradigma de comando-controlo, agora denominado de “cultura neo-taylorista” ou de “corporate culture” de alinhamento com o vértice hierárquico (Lopes e Reto, 1987), potenciado pela incorporação das TIC.

A presença crescente do mundo da comunidade acrescentaria novas perspectivas de aumento da complexidade trazendo, entretanto associada a si, uma possibilidade de resolução do paradoxo pelo envolvimento de cada cliente, interessado igualmente na eficiência de custos, como cidadão contribuinte, e na eficácia, como paciente. Conjugar e unificar as pontas deste complexo sistema organizacional exige que se possa circunscrever o problema em cada organização concreta, sem esperar generalizações fáceis.

A máxima diferenciação potencia a complexidade extrema dentro de cada um dos mundos da saúde e entre eles, o que levanta o problema da coprodução e da integração, em simultâneo.

Para Weick (1976) os “loosely coupled systems” seriam suscetíveis de uma promoção da diversidade e da pluralidade de abordagens internas, garantindo a interação dos quatro mundos (Glouberman e Mintzberg, 2001; Mintzberg, 2012) com a inclusão do mundo da comunidade, através da criação do espaço à acomodação das necessidades e expectativas dos clientes, pela coprodução do serviço (Osborne *et al.*, 2012). Seria este espaço loosely coupled que permitiria acomodar os requisitos dos clientes com ganhos da adaptabilidade e eficácia organizacionais, de longo-prazo (Weick, 2001).

Retomando a paradoxalidade enunciada, parece ficar claro que as organizações de saúde são confrontadas com a necessidade de uma integração adequada face a uma elevada fragmentação das “atividades” e “formas de organização do trabalho” (Mintzberg e Glouberman, 2001), no seio de cada um dos três mundos internos e em luta pela dominância. O mundo da comunidade pode ser cada vez menos excluído mas por via das suas expectativas de eficiência de custos e de eficácia de cuidados tem as condições para uma ação de conexão transversal.

A revisão de literatura (Mintzberg e Glouberman, 2001; Osborne *et al.*, 2012) parece indicar, assim, que o paradigma suscetível de unificar os mapas cognitivos tidos com “irreconciliáveis” seria o da coprodução de serviços, entre os três mundos internos e o mundo externo da comunidade (Mintzberg e Glouberman, 2001; Mintzberg, 2012).

Para tal, o sistema de coordenação organizacional teria que se reorganizar internamente dado que a conexão desejável não tem condições de emergência sem a abertura ao espaço de ação de criação de um meio ou enactment (Weick, 1979, 2001; Gioia, 2006) favorável à integração do cliente. É este tipo de ação que possibilita uma reconfiguração da integração apoiada no paradigma do cuidar como defende Mintzberg (2012).

Para o autor, este poderia definir-se como uma ação colaborativa da comunidade interna, para além do controlo ou da competição pela especialização, através de um foco partilhado e organizacional: “Por o paciente em primeiro lugar” (2012: 6). Tal, constitui o que Mintzberg define como facilitador de uma estratégia de ação designada de “enactment” ou “venturing” (Mintzberg, 2012:06) com impacto na eficácia do sistema, como um todo. Estas estratégias emergem da ação colaborativa, entre representantes dos mundos internos (médicos, enfermeiros e staff), na condição de estes pensarem o serviço de saúde como cuidado coproduzido com o cliente, e em processo de melhoria continua (*idem*)

À luz de Mintzberg e Glouberman (2001) uma dominância de uma ação colaborativa em torno do paradigma do cuidado pressupõe uma abertura de espaço aos mecanismos de coordenação habitualmente ausentes das burocracias profissionais (Mintzberg, 1995): o “ajustamento mútuo” e a “força da cultura unificadora” comum (Mintzberg e Glouberman 2001: 74). Estas condições revelar-se-iam suscetíveis de manter o sistema “loosely coupled” (Weick, 1976; 2001), sem a rigidificação habitualmente introduzida por uma integração hierárquica e vertical, podendo abrir-se à coprodução de serviços com o cliente, devidamente envolvido em toda a estrutura operativa (Crisp, 2014).

As pesquisas de Osborne *et al.* (2012) parecem ir no mesmo sentido que Mintzberg e Glouberman (2001) e Mintzberg (2012) na procura de um novo paradigma de serviço, que crie as condições para ultrapassar o paradigma industrial em serviços públicos de natureza altamente complexa como os de saúde. Esta mesma reflexão é corroborada, para o caso português, pelo estudo de Crisp e colaboradores (2014), e mais recentemente no último “relatório primavera” (OPSS, 2015), em que surge a nomenclatura da coprodução de serviços de saúde com a comunidade, e com o cliente em particular.

Este problema geral e comum a todos os sistemas organizacionais complexos e públicos foi por nós levantado, no contexto de uma investigação-ação desenvolvida no seio da organização responsável pela dádiva de sangue, a nível nacional, que considerámos paradigmática da total dependência do mundo da comunidade dadora, mas que com ela parece interagir de modo quase exclusivamente mecânico, nos termos de Burns e Stalker (1961) retomado em Morgan (1986) e em Mintzberg (1995), situação esta referida na linguagem da organização, como “reserva de sangue no braço” como resposta à procura.

Efetivamente, o cliente de quem a instituição depende em absoluto não é envolvido enquanto coprodutor do serviço, postura que exigiria o desenvolvimento de uma cidadania da dádiva informada e cultivada junto da comunidade dadora, para a necessidade de se dar sangue de modo regular e, por esta via, ser vigiada relativamente aos seus parâmetros de saúde.

O mundo da comunidade assume especial relevância no caso da dádiva de sangue, na esteira do princípio proposto por Titemuss (1971) da dádiva voluntária, altruística e anónima, aceite pela Organização Mundial de Saúde como condição fundamental para garantir a segurança transfusional para dadores e recetores. Tal, porém, levanta o problema da autossuficiência de componentes sanguíneos dos serviços de sangue, em todos os países que

aceitam estes princípios. Este trabalho com a comunidade implicaria o desenvolvimento de estratégias de promoção e comunicação capazes de captar, recrutar e fidelizar um painel de dadores regulares de sangue, representativo da diversidade étnica da população de cada país.

Em Portugal, é conhecida a curva de sazonalidade de quebra de dádiva de sangue, em dois períodos distintos no ano. Esta circunstância obriga a apelos públicos dirigidos à população, na medida em que esta tendência se verifica, regularmente, desde há mais de uma década ao mesmo tempo que, nesse mesmo período, se constatou uma tendência para a diminuição da população dadora (Anexo 16: Sousa *et al.*, 2014).

À luz da teoria construtivista, em que Weick (2001) se distingue, as organizações são mais ativas a construírem os seus próprios ambientes, os quais se lhe impõem *a posteriori*, do que comumente é reconhecido. Mintzberg (1989; 2004) assume, igualmente, que a instabilidade do meio só poderá ser controlada pela emergência da ação desenvolvida pelos próprios atores, criando as condições para uma estabilidade temporária do meio ambiente. As organizações complexas de elevada diferenciação interna não podem fugir à contingência da emergência da ação e do primado da ação sobre o planeamento sob pena de não conseguirem operar de modo “loosely coupled”, enquanto raiz da eficácia e do auto-desenho permanente da organização.

À luz desta reflexão importa questionar, como interrogação geral, se o trabalho da instituição enquanto um todo se encontra organizado em torno da colheita (visão mecânica) ou em torno da promoção da dádiva junto da comunidade de dadores de sangue (visão orgânica). Seria, deste modo que se poderia chegar à integração, na instituição, do cliente enquanto recurso estratégico suscetível de agregar os quatro mundos descritos por Glouberman e Mintzberg, 2001) e fazer evoluir a organização em ordem ao paradigma da coprodução de serviços (Osborne *et al.*, 2012)

O objetivo geral, daqui decorrente, será perceber se o mapa cognitivo subjacente à comunicação institucional está orientado para uma coprodução do serviço da dádiva, o qual pressupõe a integração das necessidades, expectativas e mapa cognitivo da comunidade de dadores e potenciais dadores de sangue.

A partir da formulação da questão e dos objetivos gerais, decorrentes do problema formulado, importa teorizar em profundidade a questão da promoção da dádiva através dos seguintes temas-chave, que vão configurar questões e objetivos de investigação específicos, a fim de nos guiar na pesquisa da literatura da especialidade: *coprodução com o cliente*;

sistemas “loosely coupled”; complexidade das organizações de saúde; “enactment” e o cenário da criação de sentido.

As questões de investigação enunciam-se em seguida.

- 1) Como é que a comunicação das organizações complexas, e mais concretamente das organizações públicas de saúde, conforme o caso em referência, se encontra: orientada para a coprodução do serviço com o cliente ou fixada no paradigma da produção industrial? A esta pergunta corresponde o objetivo específico de compreender teoricamente a centralidade do cliente no processo de construção da comunicação institucional: é lida pelo paradigma de produção industrial ou pelo paradigma de coprodução de serviços?
- 2) Como é que o sistema organizacional da área das organizações públicas de saúde extremamente diferenciado se encontra integrado, no atual contexto da moda das fusões: está hierarquizado e sob dominância de um dos mundos interno ou, pelo contrário, prevalece a preocupação de as manter numa situação de sistemas em semi-conexão? A esta pergunta corresponde o objetivo específico de compreender as lógicas subjacentes à dinâmica da integração, nomeadamente quando estas organizações escapam à lógica do mercado e não se encontram envolvidas numa cultura de promoção da estrutura em rede.
- 3) Como é que sistemas tão complexos como são os da área das organizações públicas de saúde se podem reger pela lógica da flexibilidade, indispensável para sobreviver no atual contexto da “era dos tecno-serviços” e da ultra especialização dos indivíduos que integram cada um dos mundos em confronto: assiste-se a uma luta pela autonomia dos profissionais ou contacta-se uma abertura à lógica da coordenação pelo ajustamento mútuo, no respeito pelo diálogo construtivo entre posições divergentes à partida, como condição de inovação? A esta pergunta corresponde o objetivo específico de compreender as lógicas subjacentes à dinâmica da manutenção das rotinas (comunicacionais ou outras) e da emergência da inovação, com benefícios mútuos para cada um dos mundos envolvidos.
- 4) Como é que sistemas tão permeáveis ao inesperado como são os da área das organizações públicas de saúde se submetem ao primado do paradigma do planeamento e da máxima racionalidade e como é que elas podem ser geridas, de acordo com a estratégia emergente do primado da ação? A esta pergunta corresponde o objetivo específico de se compreender as atividades e a organização do trabalho com

base no princípio da planificação, como reação ao meio externo impermanente, por oposição a uma abertura à capacidade de adaptabilidade e de auto-desenho permanente pela ação sobre o meio, suscetível de o estabilizar temporalmente, sem nunca perder a perspectiva da mesma.

1.3. Estrutura da Dissertação

Em conformidade com estas questões e objetivos, em seguida apresenta-se a estrutura da tese.

Os temas-chave representam o fio condutor da revisão de literatura, a qual termina com uma síntese teórica; desta decorrem quatro objetivos de investigação empírica.

O desenho de investigação da presente dissertação enquadra-se num modelo Interpretativo e Indutivo de descoberta exploratória dos processos e fenómenos subjacentes à estrutura da ação da organização, no quadro de uma investigação-ação “útil”, protocolada com uma Instituição Universitária, desenvolvida numa organização pública de saúde, há época em processo de fusão, configurando um estudo de caso. Este desenho não visa definir *a priori* variáveis e modelos de relações de causalidade entre estas, mas antes focalizar e conhecer o “como” e o “porquê” das coocorrências. Neste sentido, optámos por discutir os fundamentos teóricos do paradigma indutivo e interpretativo, bem como, por apresentar a história natural da nossa pesquisa, a qual não obedece ao habitual modelo de definição das etapas, de acordo com o modelo hipotético-dedutivo, e por fim o procedimento adotado na recolha e tratamento dos dados.

No capítulo da análise de dados e apresentação de resultados, estes expõem-se de acordo com o método de investigação indutivo e lêem-se os resultados à luz da revisão de literatura efetuada.

No capítulo das conclusões procede-se à verificação de quais os objetivos que puderam ser cumpridos e que dimensões do problema ficaram devidamente fundamentadas. Retiram-se as linhas de investigação futura, ao mesmo tempo que se verificam as limitações empíricas encontradas e, ainda, apresentam-se os condicionalismos do terreno de investigação, terminando com a bibliografia estudada.

Enfim, apresentam-se os anexos justificativos que fundamentam e ampliam a leitura e compreensão da análise de dados realizada por método indutivo, mas cuja exaustividade dificulta a sua inserção no normal decurso de redação da dissertação, propriamente dita.

II. ABORDAGEM TEÓRICA

2. Introdução à Revisão de Literatura

Neste capítulo procedemos a uma revisão de literatura emergente, a partir da problemática enunciada, e expressa em temas-chave deduzidos dos objetivos de investigação teórica. Abordamos assim os quatro conceitos que nos permitiram situar a pertinência do problema face às organizações complexas, nomeadamente, as públicas de saúde: **i)** coprodução de serviços com o mundo da comunidade; **ii)** as organizações de saúde como “loosely coupled systems”; **iii)** a complexidade organizacional em consequência da pluralidade e da diversidade dos mundos, na saúde; **iv)** e o “enactment” como espaço de ação de construção do meio por uma cultura de experimentação subjacente à ação colaborativa, de todos os atores pertinentes envolvidos.

2.1. O Paradigma da Produção Industrial *versus* o Paradigma da Coprodução em Organizações Complexas de Serviços de Saúde

As organizações complexas baseadas no conhecimento necessitam de profissionais complexos, em “cooperação voluntária” (Lopes e Reto, 1987) e responsável, na produção de serviços fiáveis, desenhados com o cliente, em coprodução (Osborne *et al.* 2012), a partir das suas necessidades, expectativas e mapas cognitivos (Weick e Bougon, 2001). Os clientes apresentam exigências crescentes e estão cada vez menos dispostos à abordagem passiva do movimento “consumerista” (2012:6), que visa a sua satisfação, sem no entanto os envolver e sem resolver eficazmente a “assimetria de informação”, em que estes, por esta via se mantêm (Crozier e Friedberg, 1977).

Desde a década de 70, Albert Hirschman - na sua obra fundamental “Voice, Exit and Loyalty” - anunciava às organizações o imperativo de ouvirem a voz dos seus clientes, quer estes pertencessem aos mundos internos ou ao mundo externo da comunidade envolvente (Lopes, 2001). Efetivamente, Hirschman partindo da conceptualização do cliente como um ator com estratégias de atuação eminentemente ativas (“saída” e/ou “voz”) propôs a hipótese da principal causa de declínio das organizações americanas, à época, residir na ausência de atenção às necessidades e expectativas dos clientes. A sua hipótese colocou, definitivamente, o cliente dentro do processo produtivo das empresas, através de um envolvimento ativo dos mais representativos, por mercados. Esta mesma posição foi clarificada com particular ênfase na cultura orientada para o cliente por Peters e Waterman (1982), que a verificaram nas

organizações de excelência. Ainda Crozier (1989) levanta uma questão muito próxima, quando aponta a necessidade de se qualificar toda a organização para escutar a voz do cliente, envolvendo para o efeito todos os atores internos, através de uma qualificação específica e preparada para receber os “inputs” do mercado. Igualmente, Womack, Jones e Roos (1991) na sequência das investigações de Pascale e Athos (1981) e de Ouchi (1981), relevam a importância do cliente e da identificação das suas preferências para a definição do produto final, na performance da gestão japonesa, por eles designada “toyotista” ou “lean production” (Womack *et al.*, 1991).

O cliente passou assim a ser considerado o principal ativo estratégico das organizações. A sua principal virtualidade seria a de configurar uma situação organizacional suscetível de captar o valor, que lhe advém por via da voz ativa do cliente (necessidades, expectativas e reclamações), só tornada possível através de recursos internos, definidos por Barney e Hesterly (2008), como valiosos, raros, inimitáveis e dificilmente substituíveis, verdadeiramente alinhados com este propósito.

Hampden-Turner (1993), a partir de estudos de caso, reforça a noção da cultura de empresa definida e medida como “serviço ao cliente”, integrando necessariamente no seu processo de melhoria contínua, os disfuncionamentos por estes assinalados, como forma de passar de eventuais “círculos viciosos” a “círculos virtuosos”. Baumard e Starbuck (2005) alertam para a necessidade das organizações aprenderem pelos incidentes e insucessos relevados nas pequenas falhas captadas junto dos clientes, em lugar de se fixarem nos sucessos que não geram a adaptabilidade necessária à inovação. Para os autores (2005), esta surge como a única forma de antecipar as necessidades e expectativas dos clientes.

Para o nosso propósito, a centralidade do cliente constitui-se na dimensão com maior impacto ao nível da eficácia no dinamismo organizacional. Nas organizações públicas, porém, este movimento da centralidade no cliente e da coprodução do serviço não se constata, como afirmam Osborne *et al.* (2012), os quais, definem esta situação, como uma fixação no paradigma industrial.

Nesta dissertação iremos por isso seguir de perto a revisão de literatura elaborada por Osborne *et al.* (2012), a fim de podemos compreender a diferença entre o movimento das teorias de dominância de produto, traduzida por uma ideia de cliente satisfeito associada ao consumerismo, por oposição a uma corrente de dominância de serviços, em coprodução com o cliente, trazendo-o para o próprio processo organizacional interno.

À luz de Osborne *et al.* (2012), uma gestão de dominância de serviços, própria do paradigma da era atual, implica que os sistemas vivam de uma incorporação do meio envolvente traduzido, nomeadamente, na impossibilidade em se dissociar o processo de produção face ao de consumo. Tal é particularmente relevante no caso dos serviços complexos, como os da área da saúde.

Opondo um paradigma ao outro, Osborne *et al.* (2012) referem que a teoria de dominância de produto diz respeito “(...) à atividade de transformação física de matérias-primas em bens produzidos e comercializáveis, que incluem a transferência de propriedade no ato da venda”; já a teoria de dominância de serviço, pelo contrário, “(...) diz respeito às atividades e processos atinentes à transação de benefícios intangíveis, em que a propriedade dessas atividades não é transferida” (Osborne *et al.* 2012:4).

A sistematização das características “core” de um serviço complexo, como é o caso da saúde, elaborada pelos autores, reflete uma oposição entre as duas correntes no seio de cada uma das três características, sendo assim consideradas.

Em primeiro lugar, os autores (2012) consideram que um serviço é sempre “intangível” porquanto tem na sua génese um processo; por contraposição, um produto é sempre, invariavelmente, “concreto” (2012:6). Efetivamente é a intangibilidade que permite colocar o cliente no seio do próprio sistema de coprodução, na medida em que possibilita o seu envolvimento no processo de criação do serviço. Este, por sua vez, deverá responder às expectativas de máxima adequabilidade às necessidades e expectativas do cliente, permitindo-lhe obter os benefícios do serviço, previstos. É deste modo, que os clientes avaliam a performance do serviço. Não é tanto sobre os resultados, mas é, preferencialmente, no encontro dos benefícios ou expectativas previstas e na experiência de coprodução do processo da própria prestação, que o julgamento favorável do cliente se consolida ou não (Osborne *et al.* 2012).

Em segundo lugar, os autores refletem sobre a própria “lógica da produção” (2012:6), ou seja, na teoria de dominância de serviço a “produção, a venda/distribuição e o consumo” ocorrem em simultâneo não sendo possível separá-los nem sequenciá-los, sob pena de se perder o seu sentido. Por contraposição, na teoria de dominância de produto, estas fases não só ocorrem em separado, como podem ser sequenciáveis, sem que tal afete, contudo, a experiência do ato de consumo, proporcionada ao cliente (Osborne *et al.* 2012).

Finalmente, a terceira característica prende-se com o papel do cliente no processo organizacional. Este é “(...) qualitativamente diferente nos produtos e nos serviços” (2012:6). Se no primeiro, o cliente é simplesmente quem compra ou quem consome; no serviço, o utilizador é também um coprodutor ativo.

Ainda de acordo com Osborne *et al.* (2012), a escola de pensamento de Stephen Vargo e colaboradores considera que a interação entre as três características acima descritas - **i**) intangibilidade; **ii**) produção e consumo simultâneos; e **iii**) coprodução dos serviços – constitui-se como a essência da economia contemporânea, na medida em que, para esta corrente “(...) o serviço é atualmente uma característica core quer de serviços, quer de produtos” (2012:6). Efetivamente, numa abordagem de dominância de serviço é esta a formula de “(...) verdadeiramente acrescentar valor a ambos” (*idem*).

Acresce, que numa sociedade moderna com organizações de crescente complexidade e elevada diferenciação interna, em estreita interação com o cliente, o processo produtivo não é outra coisa senão a transformação de conhecimento baseada na interação das pessoas, e na sua dialogia (Lopes, 2012), e é isso que se torna a base para uma autêntica coprodução, como sublinham Osborne *et al.* (2012). Se a qualidade do serviço se mede pela transformação do conhecimento, será possível pensar um serviço de qualidade com baixo conhecimento do lado do cliente, ou a qualidade será o que for o nível de conhecimento do próprio cliente, não podendo deixar de o medir, em cada caso.

A propósito da abordagem de dominância de serviços, os autores (2012) chamam à atenção para a especificidade dos serviços públicos, a qual não se pode reduzir a uma simples transposição mecanicista de “insights” resultantes de experiências desenvolvidas na área dos serviços do sector privado. Este tipo de transposição, sem considerar as variáveis de contingências associadas ao cliente do serviço público, constituiria o “erro fatal” da NPM, como o designam Osborne *et al.* (2012). Ignorar o cliente pode ser dramático para o setor privado mas ser percebido como irrelevante para os atores do setor público.

A NPM ignorou a essência da era dos serviços, assente na coprodução, com o envolvimento do cliente em simetria de informação, referem Osborne *et al.* (2012). Efetivamente, desprezou as contingências do seu próprio dinamismo organizacional, não respondendo às necessidades e expectativas dos seus clientes, fechando-se sobre as suas próprias rotinas.

Uma transposição respeitadora da especificidade dos serviços públicos exigiria, deste modo, e de acordo com Osborne *et al.* (2012), a monitorização de quatro condições, que aqui se sintetizam: **i)** a primeira prende-se com a necessidade do envolvimento, para lá do cliente direto, de todos os parceiros ou “stakeholders”, os quais podem apresentar, inclusivamente, interesses contraditórios, com a conseqüente exigência de uma negociação complexa; **ii)** a segunda condição prende-se com a necessidade em se entender a construção de uma estratégia de marketing relacional, e não transaccional, que responda à “promessa de serviço” específico conforme as expectativas e necessidades dos seus utilizadores, moldando e definindo o papel do “staff” através do total envolvimento deste; **iii)** a terceira condição tem a ver com a estratégia de coprodução, a qual “(...) posiciona as experiências e o conhecimento do utilizador dos serviços no centro da conceção e prestação efetivas do serviço público” (2012, p. 15); **iv)** por último, a quarta condição refere-se à própria gestão das operações. Esta, concretamente, se não for devidamente monitorada, para manter a organização focada na referida promessa de serviço, será a que mais facilmente escapa ao controlo e coprodução do cliente, dada a especificidade de saberes internos, nomeadamente, nas organizações de saúde, o que as converte em organizações opacas e ineficazes.

Finalmente, Osborne *et al.* (2012) argumentam que o caminho para se passar verdadeiramente da NPM para a designada “New Public Service” (NPS), cuja abordagem é a da dominância de serviços, na gestão de serviços públicos, deverá “(...) envolver o carácter processual e sistémico, representado pelas quatro condições, acima referidas. Esta nova abordagem prevê que “(...) os modelos sustentáveis da prestação de serviços públicos possam ser compreendidos, desenvolvidos e facilitados para o futuro, em vez de ser através de tentativas vãs em recriar serviços públicos, enquanto serviços de produção de bens e de produtos, isolados do processo da prestação de serviços e da sua lógica distintiva” (2012:15).

Como se depreende da reflexão proposta, nas organizações complexas como as da saúde, apesar de algumas evidências de investigação empírica, nomeadamente no tratamento oncológico de longo-prazo (Osborne *et al.*, 2012:16), a coprodução continua a ser contestada entre profissionais. Das três características nucleares de serviço anteriormente revistas, a coprodução dos serviços nos serviços públicos é a que a literatura aponta como sendo de mais difícil implementação. Efetivamente, quando esta apenas se fica pelo discurso e não é adotada na prática quotidiana, consubstancia um verdadeiro “sofisma” em que as operações e a forma de organização do trabalho deixam de poder estar submetidas a mecanismos de ajustamento mútuo, fixando-se estas organizações na fórmula de conexão simplista e mecanicista.

A sistematização dos autores (2012) revela-se da máxima importância para o nosso propósito. A integração dos requisitos dos clientes no processo produtivo ou a coprodução destaca-se entretanto como a característica que apresenta o máximo interesse. Decorre desta que não basta a qualidade dos recursos internos da organização para se atingir a eficácia e a eficiência, no âmbito do processo produtivo em serviços complexos, como os de saúde. Com efeito, ao invés do caso paradigmático da dominância do produto da era industrial, em que o cliente não influenciava a respetiva qualidade, na era da economia de serviços, esta depende, quer das competências da vertente interna, quer das competências pertinentes do cliente, quer, enfim, da qualidade da interação entre estas (interna e externa). A falha de qualquer uma destas áreas de competência estruturantes da qualidade percebida e vivenciada pelo cliente, no âmbito da coprodução, é suscetível de fazer fracassar o todo organizacional.

2.2. A rutura com o paradigma da racionalidade e da integração máxima e a emergência do paradigma “loosely coupled systems”: continuidade entre meio interno e externo

A evolução da ciência das organizações e da gestão (Astley e Van de Ven, 1983; Tsoukas e Knudsen, 2003; Mintzberg, 2004; 2005) tem-se caracterizado por um afastamento face à ideia da eficiência, como arquétipo dos sistemas racionais e mecanicistas – enquadradas no paradigma “funcionalista” (Burrell e Morgan, 1979; Morgan, 1986) ou “entitativista” (Hosking e Morley, 1991). De acordo com este paradigma, as organizações e os seus fenómenos constituem-se como entidades analisáveis e comparáveis entre si, na perspetiva da “gestão científica”, no seio de fronteiras bem definidas, entre meio interno e externo, proposto por Katz e Kahn (1966; 1979), e fortemente criticada por Herbert Simon, a partir dos estudos sobre a racionalidade limitada.

Efetivamente, a este paradigma da gestão racional contrapõem-se os fundamentos das organizações “pós-modernas” (Chia, 2003), alicerçando-se num conjunto de noções metafóricas¹ que, a partir da década de 70, se constituíram num novo paradigma emergente, inspirado na corrente da Psicologia Social “construtivista e interpretativista” de Karl Weick e na esteira da corrente fenomenológica de Alfred Schutz (Gioia, 2006). Esta considera a realidade como socialmente construída em que a condição essencial deste processo não segue parâmetros *a priori* mas radica no primado da ação permanente sobre o meio. É, ainda, o

¹ As noções metafóricas são a “racionalidade limitada” e o conceito de “satisfying” (Herbert Simon); de ambiguidade e “garbage-can” (James March e Mark Olsen); de paradoxalidade e de “organizational seesaws” (William Starbuck), do “doing first” ou da “estratégia emergente de ação” (Henry Mintzberg); de “efeito butterfly” (Prigogine e Stengers); da impermanência do meio e do improvisado de “tipo jazz” (Karl Weick) e dos “loosely coupled system” (Karl Weick).

primado da ação que constitui a condição de emergência da eficácia e da inovação organizacionais (Weick, 1979; 2001; 2009).

De acordo com a nossa revisão de literatura, este paradigma das “organizações pós-modernas” (Chia, 2003) assentaria, nomeadamente, em oito dimensões: **i)** a natureza social das organizações (Pfeffer e Salancik, 1977; Weick, 2001), **ii)** a elevada organicidade da forma de coordenação do trabalho e das atividades de direção (Burns e Stalker, 1961; Weick, 2001); **iii)** a realidade organizacional enquanto socialmente construída não é senão o organizando ou o processo do organizar (“organizing” Weick, 1979), a partir de interações socialmente estabelecidas e geradoras de sentido *a posteriori* (“sensemaking” Weick, 1995) para todos os “stakeholders”, como via de construção ininterrupta de uma cultura de elevada fiabilidade (Starbuck, 1983; Weick, 1987; Weick e Suttcliff, 2001); **iv)** abertura ao controlo do inesperado (“unexpected” de Weick e Suttcliff, 2001) através da atenção intencional e focada (“mindfulness” de Weick e Suttcliff, 2001) que tem no incidente, ou no erro captável na sua fase inicial, a fonte primordial da aprendizagem organizacional, como fórmula para não deixar fixar a organização em ciclos de desempenho pobres, porque coerentes com a narrativa dominante (Weick, 2009); **v)** a interpretação e leitura da complexidade dos acontecimentos de tipo “rede de eventos não-identificáveis” que ocorrem em qualquer ponto da estrutura informal da organização, não atribuíveis a causas lineares (Chia, 2003); **vi)** o processo de construção do meio interno e externo (“enactment” de Weick, 1979), submetido ao primado da ação sobre o do planeamento, e que conduz à fórmula de estabilização temporária da permanência do meio, dando lugar a períodos ocasionais de relativa estabilidade (Weick e Quinn, 1999; Mintzberg, 1989; 2004); **vii)** a inovação organizacional resultante do “processo de improvisado” como metáfora do “jazz” (Weick, 1998), que recombina rotinas existentes, através do conhecimento existente, numa convergência “quási-simultânea” entre agir e pensar (Leone, 2010); **viii)** e a condição de “loosely coupled systems” não se compagina com mecanismos de coordenação hierárquicos, captando por isso o paradoxo da autonomia do indivíduo e das equipas face ao todo identitário da organização, ou seja, sem que a máxima diferenciação (indivíduos e equipas) impeça a organização “loosely coupled” (Weick, 1976), com ganhos de eficácia, adaptabilidade e auto-desenho, permanentes (Weick, 2001).

Do ponto de vista que aqui nos ocupa, a questão dos “loosely coupled systems”, associada à noção do processo do organizar, constitui um segundo ponto fundamental, em paralelo com a centralidade do cliente, na abordagem teórica do problema formulado nesta dissertação.

A fim de compreendermos e definirmos o alcance deste conceito na especificidade das organizações complexas, como são as públicas de saúde, apresentamos em seguida, uma revisão de literatura, por nós elaborada, a partir do autor de referência (Weick, 1976; Weick, 1995; Weick, 2001) na sua abordagem à dinâmica organizacional, a qual tem como ponto de partida a questão da “racionalidade limitada”. Uma segunda fonte de inspiração deriva da proposta de Hollembeck e Spitzmuller (2012), para a leitura da relação de autonomia entre grupos e indivíduos, os quais, se inspiraram na teoria da *Gestalt*.

Este modelo (Weick, 1976; Weick, 1995; Weick, 2001) tem-se mantido atual ao longo do tempo, graças à sua capacidade de integração dialética, a qual, por sua vez, possibilita a resolução dos problemas paradoxais das organizações complexas, *i.e.*, sem os decompor em parcelas e sem os reduzir a relações lineares de tipo causa-efeito.

Weick (1976) descreve pela primeira vez um sistema subjacente a uma organização complexa, como é o caso das escolas, incorporando o princípio da racionalidade limitada à luz da inspiração Simoniana, a qual obedece, ela própria, a um princípio de paradoxalidade. Efetivamente, este paradoxo é suscetível de se traduzir na imagem da organização “descontínua” próximas da ideia de ilhas de racionalidade num mar de informalidade. Weick (1976), precisa esta mesma ideia, na sua descrição das organizações complexas, enquanto “(...) clusters de eventos fortemente conectados no seu seio, mas desconectados uns face aos outros” (1976: 14). Esta visão inédita da organização possibilitou o espaço à emergência de um paradigma alternativo ao tradicional e dominante, da ordem e da planificação racional, porque plenamente informada, que toda uma corrente de autores vinha anunciando.

Com efeito, à luz do paradigma anterior, a estrutura era submetida, por regra, ao controlo exercido por um dos dois mecanismos de coordenação mais habitualmente presentes nas organizações de acordo com Mintzberg (1995): **i)** supervisão direta, exercida pelo “vértice estratégico”; **ii)** e/ou a standardização de processos ou regras, controlada pela “tecnoestrutura”. Esta fórmula visava manter a organização perfeitamente formalizada, no quadro de uma fronteira rigidamente vigiada, entre organização e meio externo.

Refletindo sobre as organizações complexas, neste contexto de mudança do primado da organização mecânica (produto) para a organização orgânica (cliente), Weick (1976) assume-as por paradigmáticas de uma nova abordagem epistemológica. Esta é caracterizada por um reconhecimento da realidade organizacional dinâmica, em relação estreita com o meio que coproduz, e é definida como sendo de natureza exclusivamente humana, social e

interpretativa do processo ininterrupto do organizar (adaptabilidade). Na esteira da corrente inaugurada por Chester Barnard e Herbert Simon, Weick (1976) à luz de Mary Catherine Bateson propõe uma nova estratégia para captar o sentido holístico e de elevada complexidade do processo do organizar, mantendo ativa a paradoxalidade da realidade organizacional e criando uma via de compromisso entre valores em oposição, que denominou de “loosey coupled systems”.

Esta designação, proposta por Weick (1976), promove, efetivamente, o processo de emergência de um verdadeiro novo paradigma organizacional, adequado à era da complexidade organizacional, que reconhece a necessidade da crescente diferenciação ao nível da totalidade dos intervenientes, nomeadamente, os dos centros operacionais, e da impossibilidade da conexão equivalente, como pressupunha o anterior paradigma dominante.

Este novo paradigma dava consistência à necessidade já intuída por Thompson (1967) em se encontrar uma fórmula suscetível de conjugar as duas forças consideradas mutuamente exclusivas, a diferenciação e a integração, divergindo neste ponto de Lawrence e Lorsch (1967), como exposto por Weick (1976; 2001).

“Falar em *loosely coupled systems* não significa falar em estruturas *loosely coupled*, mas em processos *loosely coupled*” (Weick, 2001:384). De facto, as estruturas organizacionais não têm que ser pensadas de forma a conseguirem uma adaptação previsível e otimizada ao meio. A pretensa adaptação da estrutura ao meio, considerada necessária num determinado momento, não garantiria, por si só, as respostas necessárias às oportunidades futuras, repentinas e não localizáveis. A impermanência do meio é uma resultante das interações de indivíduos e organizações, que a fim de o temporariamente estabilizarem, têm que “continuamente agir sobre ele” (Weick e Quinn, 1999; Gioia 2006). Os *loosely coupled systems*, ao introduzirem a ideia de impermanência do meio na imagem convencional dos sistemas, forçam a pensar a estrutura como um agregado de processos, flexível e em auto-desenho permanente, com vista a alcançar a adaptabilidade futura, face a necessidades de respostas diferenciadas ao meio mutável. Por um lado, a flexibilidade decorrente desta necessidade de adaptabilidade, não pode ser tal que consinta a anarquia e a perda de identidade e de continuidade organizacionais; por outro lado, não se pode perder a economia que a estabilidade de rotinas produtivas podem acrescentar à ação organizacional, desde que não se perca a capacidade crítica para as questionar, sempre que necessário, evitando-se o esforço inútil de uma opção pela flexibilidade total (Weick, 2001). O equilíbrio proposto entre a estabilidade e a flexibilidade resultaria de uma resposta que fosse, simultaneamente, estável

e flexível, mesmo que em proporções variáveis de ambas, no sistema. A alternância entre estas poderia ser igualmente eficaz. (Weick, 2001: 388). Ficar a meio caminho, entre as duas, ou seja, já não ser estável e ainda não ser flexível, representa a via para resultados duvidosos.

De acordo com Weick (2001), os sistemas podem tornar-se mais loosely coupled segundo três vias: **i)** “o aumento da dimensão organizacional”; **ii)** decorrente do “aumento de complexidade do meio ambiente”; **iii)** e resultante das interações entre equipas e indivíduos com base nos seus “mapas cognitivos, sujeitos a uma racionalidade limitada” (2001:386).

Efetivamente, os próprios processos cognitivos dos indivíduos, com a sua racionalidade limitada face à realidade social e/ou organizacional (Weick, 2001), vão implicar uma atenção sobre coisas diferentes, apesar de “(...) partilharem entre si um número diminuto de variáveis comuns, ao nível dos seus mapas causais, individuais” (Weick, 2001:386). Os indivíduos não constroem simplificações similares da realidade, ao contrário do presumido (*e.g.*, ao procurar compreender um problema, assumia-se que os indivíduos o fariam todos do mesmo modo, *i.e.*, tenderiam a ver o mundo da mesma maneira, ainda que cada um só observasse uma parcela) (Weick, 2001).

Assim sendo, e de acordo com o autor de referência (2001), que revisita neste particular os trabalhos de Steinbrunner (1974), o potencial dos “loosely coupled systems” encontra-se subjacente à própria racionalidade limitada dos indivíduos, na medida em que os mapas cognitivos comportam uma diversidade de perceções, de conhecimentos, de “insights”, de ritmos de processamento e de micro-ajustamentos. Esta situação configura um “reportório de respostas” flexíveis e necessárias à adaptabilidade ao meio interno e externo, com a sua impermanência, não sendo, por isso, passíveis de ser sujeitos a uma coordenação generalizável ou centralista, de tipo integrada. “A diversidade resultante torna-se, assim, garantia da adaptabilidade organizacional de longo-prazo e da atenção ao meio, com impacto na eficácia durável e na elevada fiabilidade” organizacional (Hollebeck e Spitzmuller, 2012: 734).

A leitura gestáltica da relação entre o indivíduo e o grupo, através da noção de figura-fundo, proposta por Hollebeck e Spitzmuller (2012), e que os autores aproximam ao paradigma dos loosely coupled systems de Weick (1976; 2001), parece confirmar a ideia de que este paradigma se revela suscetível de captar o paradoxo do mundo das organizações complexas, oscilante entre a identidade única do indivíduo, com a sua estratégia de ação autónoma (Crozier e Friedberg, 1977), por contraposição, à identidade holística das equipas,

ou subunidades da organização. De acordo com os autores (2012), a imagem da figura-fundo capta o paradoxo segundo qual “(...) cada subunidade da organização é a própria unidade holística, a qual retém muita da própria identidade, embora seja apenas parte, simultaneamente, de uma unidade holística maior, com a sua unidade separada” (2012:733).

As organizações podem ainda optar pela resolução do paradoxo ao longo de um *continuum* em que, num extremo, se verificaria uma fixação do indivíduo como figura e da equipa ou subunidade como fundo (sistema “uncoupled “ ou desconectado) e, no extremo oposto, o inverso da primeira, em que o indivíduo se dilui no todo, perdendo a sua identidade ou autonomia de ação (sistema “coupled” ou conectado) (2012).

O conceito de loosely coupled system, à luz da revisão de literatura operada, parece-nos poder ser traduzido pela expressão positiva “sistemas semi-conectados”, inspirando-nos diretamente do conceito de *continuum* de Hollembeck e Spizmuller (2012), na medida em que este parece captar a sua multidimensionalidade e a robustez, o qual incorpora, em simultâneo, paradoxos e dilemas organizacionais dos sistemas orgânicos complexos.

Em síntese, de acordo com Weick (1976; 2001), as organizações tendem, à partida, para um estado semi-conectado (na nossa proposta de tradução, no âmbito desta dissertação), em que, indivíduos e equipas preservam as suas respetivas identidades, desde que esteja garantida a sua autonomia de interação com todas as subunidades, e destas entre si. Deste modo, é pela garantia do primado da ação, na construção de um equilíbrio entre a flexibilidade e a estabilidade, que a inovação ocorre, mantendo-se em simultâneo, a economia das rotinas que se revelem adequadas.

Romper, porém, com o paradigma da racionalidade e da “integração máxima”, entendida como necessária, implica que se saiba correr os riscos inerentes à gestão paradoxal, a qual incorpora o espaço da emergência da ação (Mintzberg, 1989; 2004) ou do “enactment” como condição de improvisação (Weick, 1979; Weick, 1998). De facto, “(...) as organizações com alta diferenciação e baixa integração podem parecer ineficazes quando avaliadas à luz de critérios ligados à eficiência, mas serão mais eficazes quando analisadas por critérios indexados à flexibilidade, à habilidade para improvisar e à capacidade para o auto-desenho” (Weick, 2001:384).

O mapa cognitivo dos gestores centrado no curto-prazo pode colidir frontalmente com as condições exigidas pela semi-conexão, para se chegar à eficácia durável. Efetivamente, a proposta de um modelo promotor de uma gestão de tipo “satisfying” (Simon, 1982) e da semi-

conexão (Weick, 1976; 2001), parece particularmente adequado à gestão de organizações complexas, nomeadamente das burocracias profissionais (Mintzberg, 1995), como se revelam ser as organizações públicas de serviços de saúde (Glouberman e Mintzberg, 2001)

2.3. Complexidade Organizacional e Paradoxalidade da Performance Dual nas Organizações

De acordo com George e Mannarini (2013), entendemos por organizações complexas todo e qualquer “(...) agregado de indivíduos e de grupos (...)” que possuem recursos estratégicos para “(...) exigir a preservação das suas identidades próprias, que enfatizam interesses e objetivos individuais, e que se encontram numa condição de necessária colaboração (...)” sendo esta garantida por uma “(...) aceitação voluntária, ou não, das condições de interação mútua (...)” enquanto fundamento da “(...) coesão do sistema (...)” como um todo (2013:6). Em rigor, como sublinham os autores (2013), nestas condições não haveria lugar a uma designação de organizações complexas mas de sistemas complexos de organizações, sendo as organizações as subunidades internas com a sua autonomia e estrutura própria.

A fim de refletirmos acerca da questão da complexidade organizacional, procedemos a uma revisão de literatura que se inicia em Perrow (1986), enquanto autor de referência da teorização das condições promotoras da passagem das organizações modernas, teorizadas por (Etzioni, 1967), às organizações complexas. Esta transição verifica-se através do reconhecimento da autonomia do indivíduo e da sua cooperação voluntária com os objetivos intencionalmente orientados. Deste ponto de vista, as organizações são entendidas como ações intencionalmente orientadas “(...) para a realização de certos objetivos e consubstanciadas na rotina, na reprodução contínua da ação social, das relações sociais e das estruturas sociais (...)” (1986) e assumem uma importância crucial, na medida em que estão na base do movimento de mudança social e civilizacional da modernidade do mundo, no dealbar do século XX. É nesta perspetiva que Perrow (1986) reflete sobre a importância do reconhecimento da natureza moral e cooperativa da organização. Tal como Perrow (1986) ilustra, a cooperação existe porque são os indivíduos quem cooperam.

A segunda característica que o autor discute, para situar a complexidade, é a da diversidade dos pontos de vista, fundamental na relativização das rotinas e dos processos, possibilitando a abertura à flexibilidade, à habilidade para improvisar e para a capacidade de auto-desenho permanente, por parte dos indivíduos, como acima se referiu.

As duas características identificadas por Perrow (1986), como determinantes da complexidade organizacional, correspondem, no nosso entender, a uma associação dos modelos de eficácia organizacional que emergem das duas dimensões de pares de valores contrastantes, conceptualizados por Quinn e Rohrbaugh (1983) e conhecido por “Modelo dos Valores em Competição”: “modelo das relações humanas” que se opõe ao “modelo dos objetivos racionais”, por um lado, e o “modelo dos processos internos” que se opõe ao “modelo dos sistemas abertos” (1983). A divergência na abordagem é a seguinte: se Perrow (1986) associa, na primeira condição, indivíduos autónomos em cooperação voluntária para se envolverem na definição e consecução de objetivos, porque intencionalmente orientados, na terminologia de Quinn e Rohrbaugh (1983), existe uma competição verificável, empiricamente, entre os modelos das relações humanas face a objetivos racionais, e não uma colaboração entre sujeitos para atingir objetivos; na segunda condição, de acordo com Perrow (1986), que se define pela diversidade dos pontos de vista dos indivíduos a fim de possibilitar uma resposta evolutiva ao meio, na terminologia de Quinn e Rohrbaugh (1983), opõem-se em tensão os modelos dos processos internos face aos dos sistemas abertos, sendo estes os responsáveis pela inovação.

Starbuck (2003) e Bennis e Nanus (1985) confortam esta noção de paradoxalidade, e de eficácia organizacional, através da necessidade de um pensamento que integre a dialética e a divergência. Como se deduz dos autores, a evolução histórica e os textos científicos das diferentes perspetivas e evoluções do corpo conceptual da "teoria organizacional" deixou-nos a difícil tarefa de conciliar, o equilíbrio entre o indivíduo e as necessidades da organização, ou seja, entre a autoridade e a liberdade, a diferenciação e a integração, os fluxos de formalidade e a informalidade social, e entre o técnico e o social, ou outros paradoxos. Este equilíbrio seria o fator relevante de aumento permanente da complexidade das organizações.

Se esta afirmação é válida para a generalidade das organizações, no caso do sistema de saúde, aquelas são reconhecidamente as mais complexas. A sua “(...) gestão não é um processo homogéneo mas muitos, e habitualmente até bastante distintos uns dos outros” (Glouberman e Mintzberg 2001:59), o que levanta a difícil definição do que poderá ser uma configuração do seu processo de integração. Neste tipo de organizações, devemos ainda atender à situação da crescente especialização dos seus profissionais, da atualização tecnológica e da quase impossibilidade de compatibilizar processos eficientes, nomeadamente através da elaboração de protocolos padrão, com a qualidade da prestação de serviços de

saúde centrados em cada cliente (eficácia), sem perda de humanização e com baixa burocracia (Glouberman e Mintzberg, 2001; Mintzberg, 1995).

À luz destes autores (2001; 1995) cada processo torna-se compreensível, quando se pensa a organização reduzida à unidade em operação, estando, assim, facilitada a atuação dos respetivos intervenientes graças à coordenação por estandardização de qualificações e competências de tipo “semiautomática”, com ganhos de eficiência. Acresce que a tecnologia é igualmente intensiva, mas esta é “(...) confiada aos profissionais de modo desconectado” (Glouberman e Mintzberg, 2001:58) e parcelarizada. A “(...) complexidade ocorre quando todos estes elementos e respetivas interfaces são incorporados na lógica do todo organizacional (...)” (*idem*), nomeadamente, quando o sistema, submetido a uma qualquer necessidade de integração, desconhece a forma de atuação daquilo que os autores invocam serem as três forças que poderão promover a colaboração e a operacionalização das mesmas: **i)** a “força do comprometimento com as finalidades (...)”; **ii)** a força da “(...) partilha do conhecimento entre todos” os intervenientes pertinentes; **iii)** e, a “força da urgência” dos que intervêm para salvar vidas (2001: 70 e 71).

Os autores sublinham que a dificuldade da conexão parece residir no facto destas forças atuarem de modo ambivalente, *i.e.*, o processo pelo qual conectam estas organizações é a mesma com que, em seguida, provocam a sua desconexão. As diversas experiências de conexão elencadas para os diferentes países da OCDE (Baker e Denis, 2011; Mintzberg e Glouberman, 2001) não se revelam satisfatórias nem duráveis.

Dado que nos interessa, particularmente, aprofundar esta questão da dificuldade extrema da conexão organizacional, nas organizações públicas de saúde, iremos seguir este problema a partir da conceptualização de Mintzberg e Glouberman (2001) acerca da diferenciação e da complexidade daí resultante. Questionaremos o facto de essas organizações Mintzberg (1995) se apresentarem como “burocracias profissionais”, mas seguindo, igualmente, e de modo especial, o artigo dos mesmos autores (Mintzberg e Glouberman, 2001), apreciarmos as hipóteses teóricas suscitadas, na procura da configuração adequada da integração.

As organizações de saúde, de acordo com Mintzberg e Glouberman (2001), são configuráveis em quatro “mundos” diferenciados que congregam (...) quatro tipos de atividades diferentes, quatro formas de organizar ou ainda quatro abordagens irreconciliáveis, e que, enquanto permanecerem desconectados, nada de fundamental mudará na sua gestão”

(p. 59). São os mundos dos quatro C's: **i**) da “Cura da doença” ou dos médicos; **ii**) do “Cuidar da saúde” das pessoas, ou dos enfermeiros; **iii**) do “Controlo de gestão”, ou dos gestores; e **iv**) da “Comunidade”, ou dos curadores da comunidade que incluem o cidadão, utilizador e doente, de acordo com a terminologia proposta por Mintzberg e Glouberman (2001), ou simplesmente o cliente, conforme anteriormente proposto.

De acordo com Mintzberg (1995), os mecanismos de coordenação organizacionais constituem o núcleo da sua abordagem teórica como se fora “(...) a cena mais importante do filme” (1995:27) designado “Teoria e Dinâmica das Organizações”. “Eles são, efetivamente, o cimento da estrutura e os elementos fundamentais que ligam as diversas partes das organizações” (*idem*).

Os mecanismos de coordenação, que abaixo se especificam, e que estão ao dispor da gestão e dos sistemas organizacionais, coordenando o trabalho e as relações sociais entre os atores, para lá da estrutura formal. Estes mecanismos subjazem a seis estruturas de base, apresentadas de acordo com a sequência proposta em Mintzberg e Glouberman (2001): **i**) *adhocracia*; **ii**) *estrutura simples*; **iii**) *burocracia mecânica*; **iv**) *burocracia profissional*; **v**) *estrutura divisionalizada*; e **vi**) *estrutura missionária*.

Ainda de acordo com o Mintzberg e Glouberman (2001), os diferentes mecanismos de integração ou de coordenação do trabalho, com referência às seis estruturas base, são descritos da seguinte forma: **i**) ajustamento mútuo utilizando, habitualmente, a comunicação informal, entre pares, à medida que o trabalho se desenvolve; **ii**) supervisão direta, focalizando-se na responsabilização de quem supervisiona o trabalho realizado por outrem; **iii**) *standardização do trabalho por ação da programação de analistas e/ou de coordenadores*; **iv**) *standardização de resultados*, focalizando-se na coordenação das interfaces das diferentes atividades, com base na determinação prévia de objetivos); **v**) *standardização de competências e de conhecimento*, através da formação prévia dos profissionais, com vista à interação semiautomática, entre eles; e **vi**) *standardização de normas e valores*, com vista a uma socialização que visa um alinhamento de expectativas (2001:2 e 3).

À luz da teoria da centralidade dos mecanismos de coordenação das organizações, importa relevar a hipótese central de Mintzberg (1995) para as organizações de saúde, assente na dificuldade destas em manterem uma coerência da estrutura subjacente interna, dado o *mix* que apresentam, sistematicamente, de *burocracia profissional* (dominante), de *burocracia mecânica* e de *adhocracia*. Em termos de mecanismos de coordenação, estas organizações

vêm-se *a priori* confrontadas com questões de dominância de uns mecanismos face aos outros, nomeadamente de desequilíbrio em favor da estandardização das qualificações sobre a estandardização dos processos e do ajustamento mútuo, característicos, respetivamente das estruturas referidas (burocracia mecânica e de adhocracia). Tal incoerência estrutural, decorrente da coexistência de mecanismos de coordenação em confronto, provoca, por um lado, dificuldades de gestão do controlo e de critérios de eficiência da vertente da economia do cuidado e, por outro lado, da gestão da complexidade, associada à qualidade da prestação do curar e do cuidar, em coprodução com o cliente e restantes atores pertinentes da comunidade, valorizando a eficácia da resposta.

Nos “quatro mundos” existentes nas organizações de saúde, identificados por Mintzberg e Glouberman (2001) nomeadamente no “mundo do Curar” (e em parte no “mundo do Cuidar”), a elevada especialização dos profissionais de saúde conduz à dominância de um mecanismo de coordenação baseado na estandardização de competências e de conhecimento que obedece a uma articulação “semiautomática” *inter pares*. Esta, entretanto, reforça-se continuamente, dada a elevada autonomia do centro operacional e da existência de mercados diversificados (clientes e doentes), por área de especialidade.

A integração assentaria em processos de “classificação” de casos (clínicos) em “categorias” e na aplicação de “procedimentos-padrão” (cura/cuidados) disponíveis (Weick, 1976; Mintzberg, 1995). Se a dominância deste tipo de coordenação (mais eficiente) permitiu diminuir o gasto excessivo de recursos, que o outro mecanismo (mais eficaz e lógico) provocaria (o ajustamento mútuo), tal situação torna, por sua vez, os processos do Curar e do Cuidar “impessoais” e “burocráticos”, como alerta Mintzberg (1995) e Glouberman e Mintzberg (2001). É, pois, este modelo burocrático que se encontra subjacente à prática médica, o qual funciona apenas quando as “categorias” definidas, por áreas de especialidade (funções) e “características” dos doentes/clientes (mercados), se encaixam, numa coordenação “semiautomática”, entre profissionais que aparentemente sabem bem o que fazer, quando fazer e como fazer (Mintzberg, 1995).

Resulta, assim, que a força das burocracias profissionais é simultaneamente a sua fraqueza. Ao fundarem a coordenação na estandardização de conhecimentos (mundo do Curar e do Cuidar) e de procedimentos (mundo do Controlo) numa lógica de integração, estes mecanismos reduzem o espaço ao ajustamento mútuo e à comunicação informal (Mintzberg, e Glouberman, 2001), afastando-se da variabilidade interna e da eficácia organizacional que estes proporcionariam (Weick, 2001).

Mintzberg, e Glouberman (2001) e Mintzberg (2012) propõem, em consequência, uma conexão a partir do ajustamento mútuo (comunicação informal) e da estandardização de normas (criação de uma cultura organizacional comum aos “mundos”). Estes mecanismos são, entretanto, verdadeiramente estranhos às organizações de saúde, fundadas em estandardização de qualificações e de competências que potenciam a conexão por “semiautomatismo” através da redução da complexidade dos casos e análise em diferentes tarefas operacionais, a que os vários profissionais respondem com “procedimento-padrão” “mantidos” (Weick, 1976) e coordenados de modo “semiautomático” (Mintzberg, 1995).

As organizações de saúde, em particular, apenas podem encontrar a necessária adaptabilidade de longo prazo e a capacidade de reação ao imprevisto, se, e na medida em que, o mundo da comunidade for envolvido na definição do serviço. Do mesmo modo, os mapas causais que condicionam as relações com a comunidade e impactam na ação do organizar dos seus profissionais (mundos do “curar” e do “cuidar”), deverão ser conhecidos dado serem eles que possibilitam uma adesão às experiências à medida que vão sendo vivenciadas.

No contexto português, a desconexão entre os mundos parece agravar-se por duas ordens de razões: a primeira prende-se com uma liderança, tradicionalmente mais autocrática (Hofstede, 1991; Lopes, 2012) e, a segunda, com a noção da comunidade, praticamente ausente das organizações de saúde (Crisp, 2014). Em conjunto, estas razões impedem uma coordenação pela noção de serviço coproduzido (Osborne *et al.*, 2012) com o ator cidadão/cliente, em assimetria de informação mas com estratégias idiossincráticas passíveis de desequilibrar os sistemas de saúde.

Atendendo ao apelo dos autores de referência (Glouberman e Mintzberg, 2001; Mintzberg e Glouberman, 2001) impõe-se multiplicar investigações empíricas, nomeadamente de tipo investigação-ação, de modo a compreender as forças que possibilitem atingir um nível de integração, proporcional ao nível da diferenciação. A integração, nas organizações públicas de saúde, deveria poder ser de tipo semi-conectado (Weick, 1976) ou satisfatório, suscetível de criar o sentido transversal aos mundos em presença, *i.e.*, submetendo-as ao primado da ação ou do “enactment” (Weick, 1979).

De modo particular, a investigação-ação a desenvolver nestas organizações deveria poder testar a evolução do paradigma (centralidade do produto *versus* o da focalização no

cliente), como força estruturante dos mapas cognitivos dos ator intervenientes dos mundos das organizações públicas de saúde.

2.4. O primado da ação ou “enactment” como via de evolução dos mapas cognitivos dos atores e cenário de criação de sentido, no seio do processo do organizar

O paradigma entitativista concebido como uma relação da organização interna dotada de fronteiras bem definidas, entre meio interno e meio externo, induz uma ideia de reatividade intermitente às necessidades do meio. Opõe-se a este o paradigma construtivista e interpretativista, o qual propõe uma ação permanente da gestão e da organização na construção do seu próprio meio, como veículo de estabilização, ainda que temporária do mesmo, como condição primeira na emergência da eficácia e da inovação (Gioia, 2006). A pertinência desta reflexão deriva do contraste entre os dois paradigmas que se verifica no terreno das organizações, em que o primeiro paradigma se mantém particularmente ativo, através do mapa cognitivo dos gestores (Jordão, 2000; Mintzberg, 1989; Mintzberg, 2004). Quanto ao segundo paradigma, apesar do seu extraordinário desenvolvimento (Starbuck, 2003), não encontra conexão com a ação no terreno (Jordão, 2000; Cunha, Rego e Cardoso, 2007; Hollembeck e Spitzmuller, 2012).

Mintzberg (1989), desde o seu trabalho de síntese - “On Management”, em que retoma a ideia da divergência entre a escola clássica de gestão e a prática quotidiana dos gestores, assume em “Managers not MBA's” (2004), que o mapa cognitivo destes encontra-se fixado nos princípios da gestão científica e da racionalidade, questionando-se, de forma incisiva, sobre a origem desta dominância. O autor (1989; 2004) refere que os trabalhos de outros práticos reflexivos (de Chester Barnard a Herbert Simon e James March, e toda a corrente que temos apresentado como paradigma construtivista interpretativista o qual, de acordo com Gioia (2006), Karl Weick seria a referência atual), não têm tido força para questionar as bases do pensamento analítico e do planeamento da ação, em contraste com esta nova abordagem. Recordemos que Mintzberg (2004) refere ser “(...) propósito de Taylor arrancar (da organização) o instinto, a intuição, os julgamentos, em favor da racionalidade restritiva (...) que da fábrica passou para as operações de gabinete até ao topo, com os planeamentos estratégicos, a serem feitos nas suites dos executivos (2004:343)”. Seria, entretanto, estranhamente, este tipo de pensamento racional que domina a escola de pensamento, nas designadas Business Schools. Mintzberg (1989) refere que estas treinam os gestores apenas

de acordo com princípios analíticos, e não de síntese: “As escolas não só abdicaram da responsabilidade de treinar a principal competência profissional do gestor (...), verificando-se uma (...) diminuição da criatividade, do *insight* e da experiência por uso excessivo de ciência” (Mintzberg, 2004:241-242).

Na sequência da abordagem de Weick (1995), Mintzberg (2004) considera que os gestores, para poderem reelaborar os seus mapas cognitivos, devem procurar complexificar-se de modo a conseguirem uma atenção completa ao que os rodeia, sintetizando os eventos através de *insights* descritivos que os ajudem na escolha das perspetivas teóricas que melhor parecem descrever os acontecimentos. Efetivamente, o autor (2004), continuando a apoiar-se em Weick (1995), sublinha que "(...) mais do que saber o que fazer, os gestores desejam saber o que as coisas significam e como entender os acontecimentos (...)" (p. 236). É por esse motivo que as teorias "out of the box", e cheias de *insights*, são as que melhor permitem aos gestores interpretar a prática, as ações, as decisões, de forma profunda, e não convencional, ajudando-os na compreensão da realidade que julgavam linear (Mintzberg, 2004; Ancona, 2012).

Atendendo a que as organizações são sistemas sociais e cognitivamente construídos pelos atores organizacionais, constitui nosso propósito compreender, como é que o processo de “enactment” (Weick, 1979; 2001) ajuda os atores organizacionais a ler e a interpretar o meio organizacional, de modo a criarem o sentido dos acontecimentos, recriando os seus mapas cognitivos (Weick e Bougon, 2001). Neste sentido, iremos seguir de perto a conceptualização de Weick (1979; 2001) e de Weick, Sutcliffe e Obstfeld (2005), sobre o processo do organizar, nomeadamente do “enactment”, mas igualmente a sua teorização acerca dos mapas cognitivos (Weick e Bougon, 2001) e do “sensemaking” (Weick 1995; Weick *et al.*, 2005).

As organizações são mais ativas a construir os seus próprios ambientes, os quais se lhe impõem *a posteriori*, do que comumente é reconhecido. São "as organizações que impõem o que subsequentemente lhes é imposto" (Weick, 2001: 179). A este processo de construção do meio, Weick (1979) denominou-o por “enactment”.

O processo de “enactment” (Weick, 1979; 2001; 2005) consiste, mais precisamente, numa interrupção do fluxo de eventos percebidos como desordenados (caos), por cada indivíduo, no interior de uma realidade socialmente construída. Este, centrando-se apenas

num dado segmento dessa mesma realidade, recria novas conexões de modo a que outra proposta de leitura, agora entendida como ordenada, possa emergir e ser proposta a outros.

Dado que cada indivíduo pertinente, na organização, procede da mesma forma, múltiplas realidades divergentes vão confrontar-se, negociar sobre os “(...) nomes e verbos (...)” que traduzem as diferentes leituras, em ordem a um sentido colaborativo, com impacto na reconfiguração dos respetivos mapas cognitivos. “As sequências e as tendências são os mesmos tópicos sensíveis que sobrevêm nos mapas” (Weick, 1979: 58) por via da construção social da realidade, proporcionada pelo processo de “enactment”.

Neste sentido, os mapas cognitivos são uma criação que emerge a partir das perceções de cada indivíduo e não uma realidade social externa aos atores sociais pronta a ser descoberta. Efetivamente, os indivíduos, a partir da sua própria ação, criam sucessões de relações entre dimensões desconexas percebidas no meio, com dois tipos de consequências, e que atuam em simultâneo: a primeira, é a redução da incerteza pela ação do estabelecimento de relações subjetivas e da simplificação da realidade (mapa cognitivo); a segunda traduz-se pela construção retrospectiva de sentido, sobre um novo fluxo de eventos.

Os indivíduos constroem os seus mapas cognitivos a partir de “resultados”, “experiências” e “consequências”, decorrentes das “atuações próprias ou de outros”, que geram “padrões de conhecimento pessoal”, editáveis, utilizados como uma estrutura, a fim de compreenderem as diferentes realidades, na qual se inclui a da organização (Weick e Bougon, 2001: 310 e 311). As relações de causalidade, que o indivíduo usa para conseguir compreender as situações, constituem os mapas cognitivos de natureza causal (2001: 311).

Ainda, de acordo com Weick e Bougon (2001), os mapas são simultaneamente guias e resultados das perceções dos indivíduos e da intensidade das respetivas ações. Como guias, os mapas assimilam eventos ou experiências a uma estrutura existente; como produto, os conceitos do mapa mudam, por forma a acomodarem as novas experiências. Dado que os mapas determinam o que os indivíduos percecionam e como atuam numa dada situação, têm impacto relevante no que as pessoas denominam de realidade.

O ponto central do processo de criação de sentido é bem ilustrado por Gregory Bateson, que serve de ponto de partida a Weick e Bougon (2001) neste particular, “(...) um explorador não pode saber o que está a explorar até concluir a exploração (p. 224)” e só retrospectivamente, compreender o que foi que explorou. O ato de se explorar, continuam os autores (2001), tem impacto sobre o que está a ser explorado, o que significa então que, partes

do que o explorador descobre retrospectivamente, decorrem da própria ação de se explorar. Este princípio de atuação com o meio é o que o recria em permanência (ao meio).

O meio resultante da atuação não pode deixar de ser permanentemente objeto de ação e não de reação. A mudança gera esporadicamente situações de permanência que traduzem uma sensação de controlo da equivocidade, mas que apenas continua se a gestão e os atores organizacionais “(...) atuarem sobre o *residuum* da mudança (...)” (Weick, 2001: 226), *i.e.*, sobre aspetos significativos que ficaram de fora do processo de “enactment”, mas que não podem deixar de ser tomados em linha de conta sem lhes atribuir relações de causalidade (*idem*), permitindo incorporá-las no processo de criação de sentido.

Em síntese, as organizações enquanto sistemas de interpretação ou de significados, precisam de mecanismos de criação de sentido e de orientação aos seus participantes, de acordo com Weick (1979; 1995) e Weick e Bougon (2001) com vista a uma atuação colaborativa, nomeadamente com o mundo da comunidade. Como Glouberman e Mintzberg (2001) reconhecem essa ação colaborativa é imperativa e permanente, como condição para a eficiência da economia dos cuidados mas sobretudo da sua eficácia. Seria esta que teria virtualidades para forçar o confronto de mapas cognitivos e a sua convergência, ajudando a construir um sentido partilhável, o que, por efeito retroativo permitiria a manutenção da colaboração e o seu aprofundamento, alargando-a.

2.5. Síntese da Abordagem Teórica e Objetivos de Investigação Empírica

As organizações complexas, nomeadamente as organizações públicas de saúde, tenderão para uma maior flexibilidade, adaptabilidade e de auto-desenho permanente, se e na medida em que: **i)** estejam centradas nas necessidades e expectativas do cliente, a partir do envolvimento de toda a estrutura, nomeadamente do “staff” de apoio; **ii)** respondam à diferenciação crescente de competências, conhecimentos e de tecnologia através de uma integração satisfatória ou “semi-conectada” aberta à manutenção de uma diversidade de respostas e experiências eficazes; **iii)** se dotem de mecanismos de coordenação do trabalho, que mantendo a paradoxalidade, a qual pode ocorrer pela interação dos mundos, quer do interior ou do exterior deles próprios, conseguindo, assim, uma atenção focada à pluralidade de eventos e de um sentido de propósito, partilhado; **iv)** e, finalmente, que obedeça ao “enactment” como mecanismo de construção do meio interno e externo, gerador do cenário de sentido partilhável por indivíduos autónomos, com os seus mapas cognitivos editáveis e reconfiguráveis, pela permanente ação de criação do sentido colaborativo.

Desta súmula teórica decorrem os quatro objetivos empíricos que em seguida se enunciam:

- 1) Como primeiro objetivo de investigação empírica, procuraremos levantar os mapas cognitivos subjacentes à orientação valorativa da comunicação institucional, bem como o da comunicação de parcerias, a fim de verificar a centralidade do cliente enquanto recurso estratégico da organização em cada um destes mapas, para, enfim, estudar o da representação da dádiva numa amostra de dadores e potenciais dadores de sangue, com vista a poder confrontá-lo com os dois primeiros;
- 2) Como segundo objetivo de investigação empírica, procuraremos compreender a lógica integradora das rotinas organizacionais face à lógica resultante da introdução de uma equipa vocacionada para o desenvolvimento da promoção da dádiva em situação de rede de parcerias, bem como da dinâmica de conflito/resistência resultante, introduzida por esta segunda lógica;
- 3) Como terceiro objetivo de investigação empírica, procuraremos compreender a lógica da standardização de qualificações que se manteve como mecanismo de coordenação nas equipas de trabalho mesmo quando criadas com um mandato inequivocamente adhocrático, ou se aceitaram funcionar no espírito do ajustamento mútuo, da abertura à divergência de opiniões e de novas propostas, entre pares;
- 4) Como quarto e último objetivo de investigação empírica, procuraremos ver se as equipas de trabalho formadas se mantiveram fiéis ao primado do “pensamento-ação”, ou se se abriram à lógica do “enactment”, *i.e.*, ação-reflexão produzindo sentido por via retrospectiva e, em consequência, constatar se e de que forma foi possível fazer evoluir os mapas cognitivos dos atores envolvidos na ação.

III. METODOLOGIA

3. Fundamentos da Metodologia e da História Natural da Investigação

3.1. Parte I

3.1.1. Fundamentos Teóricos da Metodologia

De acordo com Silverman (2005), nenhum “(...) problema é neutral (2005:6)” e nesse sentido, a escolha da abordagem metodológica pelo investigador deve observar o seu compromisso com a máxima adequabilidade da resposta ao problema, às questões associadas e aos objetivos definidos.

O investigador não se pode deixar influenciar por critérios de preferência pré-determinados ou convicções pessoais entre estes; existência de metodologias “superiores”; métodos de pesquisa com graus de fiabilidade e/ou validade “mais elevados”; ou ainda, técnicas de análise “mais fáceis” de aplicar (Silverman, 2005).

3.1.1.1. Problema e Metodologia

A opção por uma abordagem de investigação é informada pelo problema e não o seu contrário. Silverman (2005), relendo Becker (1996), Denzin e Lincon (2000) e Gubrium e Holstein (1997) produz uma reflexão que nos importa aprofundar, de modo particular.

Com efeito, a natureza e a caracterização da investigação qualitativa *versus* quantitativa tem sido objeto de discussão na literatura da especialidade, de modo particularmente polarizado, e no entender do autor, “altamente perigosa” (2005:8). Esta dicotomização, apesar de cumprir uma função pedagógica, escolher paradigma em detrimento de outro, não deve ser estabelecida *a priori*. Entretanto, o investigador deve permitir-se “zigueaguear”, nomeadamente, entre abordagens, no seio de cada uma delas, ou ainda, combinando ambas (Silverman, 2005).

A opção por uma abordagem de investigação deve ir sendo “retrospectivamente” (Schutz, 1973; Weick, 1979) analisada à luz do problema, procurando o investigador, o caminho metodológico mais adequado.

De acordo com Silverman (2005), Fisher (2010), Denzin e Lincon (2011) e Gephart (2004), importa consciencializar os investigadores para a influência do paradigma

metodológico e dos seus limites epistemológicos. Este determinaria o esquema de análise global da realidade, que por sua vez estabeleceria as relações entre os objetos de investigação, com impacto no próprio “design de” investigação. Numa clara referência ao condicionalismo e à contingência da “melhor escolha” do paradigma de investigação, Hammersley (1992) citado por Silverman (2005), defende que a decisão metodológica se deve ater “(...) à natureza do que estamos a procurar descrever, à provável precisão das nossas descrições, aos nossos propósitos, e aos recursos disponíveis (...)”(2005:14).

3.1.1.2. Leque de Abordagens Epistemológicas de Investigação

O que é então possível descobrir-se através da investigação? Tal depende, fundamentalmente, da abordagem epistemológica do investigador face ao conhecimento (Fisher, 2010).

De acordo com Lincon, Lynham e Guba (2011), relendo Bernal (2002), Guba e Lincon (2005), Lynham e Webb-Johnson (2008) e Pallas (2001), a epistemologia é “a relação entre o que sabemos é o que vemos. A verdade que procuramos e em que acreditamos enquanto investigadores” (2011:102 a 105).

Diferentes abordagens se apresentam ao investigador, em ciências sociais e em ciências de gestão, no estudo do conhecimento.

Para Fisher (2010), nomeadamente, a seleção de uma abordagem influencia toda a investigação. Por conseguinte, torna-se fundamental conhecer os extremos do *continuum* das abordagens metodológicas possíveis e as suas implicações, tão diferentes quanto a amplitude ou a restritividade de cada extremo.

Fisher (2010) propõe dois extremos para esse *continuum*. Distingue um “p minúsculo” - equiparando-o à corrente positivista de Auguste Comte (XIX), cuja compreensão da realidade social está próxima das ciências naturais (objetividade e racionalidade) - e um “P maiúsculo” – que faz corresponder ao paradigma construtivista-interpretativista da realidade como construção social dos atores, na esteira do proposto por Schutz (1973) e Weick (1979).

À luz desta corrente, a realidade objetiva “nunca” poderá ser captada mas apenas conhecida através da sua representação social (Denzin e Lincon, 2011).

Ainda de acordo com a revisão das abordagens epistemológicas, Fisher (2010) considera que estas poderiam ser mais “ortodoxas”, no sentido em que procurariam avaliar

“se a subjetividade humana é reconhecida ou é ignorada”, ou mais interpretativistas-construtivistas ou fenomenológicas, em que, procurariam compreender se o que está a ser investigado “(...) se centraria no significado subjetivo ou no sentido que indivíduos e sociedades atribuem, ao seu mundo (nominalismo)”, e nesse sentido a abordagem seria de tipo “gnóstico” (2010:16).

A metodologia da “action research”, por nós seguida na presente dissertação, inscreve-se numa orientação mais fenomenológica ou interpretativista-construtivista e assume uma posição mais gnóstica do conhecimento, que Fisher (2010) define do seguinte modo “(...) procuramos o conhecimento dos processos, pelos quais, as pessoas nos seus grupos e sociedades criam sentido do seu próprio mundo. O mundo real tem que ser visto a partir do pensamento humano e não separado deste” (2010:17).

3.1.1.3. A Evolução do Paradigma da Investigação Qualitativa

O paradigma de investigação em ciências sociais alterou-se profundamente, a partir dos anos 80, de acordo com Denzin e Lincon (2011).

No campo das ciências sociais e da gestão assistiu-se a uma grande transformação epistemológica. Da aplicação estrita de regras metodológicas de condução da pesquisa de grande “esterilidade canónica” - decalcadas dos paradigmas, positivista e pós-positivista -, até ao momento atual, passou-se a um florescimento das abordagens naturalista e interpretativista. Estas últimas assentam, fundamentalmente, nas competências do investigador, assimiláveis às competências do saber-fazer “artesanal”, *i.e.*, baseada na capacidade deste em “(...) moldar a metodologia às particularidades do cenário de investigação” (Miles e Huberman, 1994:5).

À luz desta evolução, o investigador deixou de ser um mero transpositor de regras metodológicas definidas, e aprioristicamente planeadas, para passar a ser visto como um “bricoleur” ou “quilt maker” (Denzin e Lincon, 2011:3), cuja principal competência é a flexibilidade em acompanhar a “fluidez” do processo de investigação e usar as “(...) estratégias, métodos ou materiais empíricos (...) à mão, ou que seja ainda necessário criar” (2011, p. 3).

Na atual era da impermanência (Weick, 2009), a reemergência do “cientificismo” positivista (Denzin e Lincon, 2011, p. 7), baseado na evidência, representa um “perigo” para a própria investigação qualitativa (Hammersley, 1998 *in* Denzin e Lincon, 2011:10).

O rigor da abordagem qualitativa não cabe nos limites rígidos dos paradigmas do positivismo e pós-positivismo, baseados em “modelos causais”, com “variáveis dependentes e independentes”, testados em “contextos de experiências aleatórias controladas”, “replicáveis e generalizáveis”, como criticam autores como Atkinson (2004) e Cannella e Lincon (2004), secundados por Denzin e Lincon, (2011:7), e igualmente por Silverman (2005).

3.1.1.4. Investigação Qualitativa e Papel do Investigador

Todos os dados, na sua essência, são de natureza qualitativa e, o investigador no terreno, procura recolher dados que traduzam “(..) a essência de pessoas, objetos, e situações” (Miles e Huberman, 1994:9).

Na análise qualitativa, a experiência “em estado natural” é convertida em “narrativas”, “histórias” ou “palavras” (Silverman, 2005:302) que são a matéria-prima com que o investigador trabalha. Tais palavras são recolhidas no próprio local ou próximo, pelo investigador e durante um período de tempo suficiente, através de “(...) observações, entrevistas, ou documentos” (Miles e Huberman, 1994:9).

A par da natureza dos dados qualitativos “em estado bruto”, da necessidade de proximidade física ao local, do tempo para investigar e dos métodos de recolha, Miles e Huberman (1994) referem-se à inacessibilidade imediata dos dados, na medida em que estes exigem um “processamento”, inevitavelmente enquadrado por conceitos (teóricos) implícitos do investigador (1994:9) ou “background conceptual”, igualmente identificado em Eden e Huxham (1996) e Vangen e Huxham (2003).

A configuração e utilização dos dados dependem do estilo dos métodos analíticos de investigação. Miles e Huberman (1994) agruparam-nos em três grandes abordagens, o “interpretativismo” ou a “fenomenologia”; a “antropologia social” ou a “etnografia”; e a “investigação social colaborativa” ou a “action research” (1994:9).

Estes mesmos métodos, porém, não garantem uma leitura fatual da realidade e estão sujeitos ao dinamismo dialético e à simultaneidade da ação de recolha dos dados, da interpretação e perceção do investigador durante a própria atividade de observação, recolha e redação das “notas de terreno”, que surgem, inevitavelmente, enquadradas pelo seu background ou quadro conceptual implícito.

É por esse motivo que os autores (1994) defendem que “a influência dos *valores* do investigador não é menor (...)” e nesse sentido, “(...) os dados qualitativos não são tanto

sobre “comportamentos” mas mais sobre as *ações (...)*” (itálico no original, Miles e Huberman, 1994, p. 10). Os autores (1994), parafraseando Atkinson (1992), reforçam que “o que pode ser gerado como “dados” é afetado por aquilo que o etnógrafo trata como “gravável” e “legível” (...)” (1994:9).

A análise qualitativa é assim mais do domínio do saber-fazer “artesanal”, *i.e.*, apoiando-se, por um lado, na dialética da ação e da reflexão, em vez da tradicional sequência linear de etapas e o cumprimento de regras metodológicas positivistas, e por outro lado, filiando-se nas competências dialógicas do investigador “bricoleur”.

3.1.2. Paradigma da Investigação Qualitativa: Definição, Contrastes, Limites Epistemológicos e a compreensão do papel do Investigador “Bricoleur”

A metodologia de investigação adotada na abordagem e compreensão do problema de investigação, enunciado na presente dissertação, inscreve-se no paradigma da investigação qualitativa. Mas quais os seus fundamentos epistemológicos, e como se definem os limites metodológicos? O que a distingue da investigação quantitativa? Qual o papel do investigador no “design” e condução da investigação? Vamos procurar responder a estas questões no decorrer dos próximos pontos.

3.1.2.1. Definição da Investigação Qualitativa: Abordagem multimétodo, interpretativista e naturalista

A investigação qualitativa consiste numa abordagem multimétodo, interpretativista e naturalista ao objeto de análise. De acordo com Gephart (2004), esta centra-se nomeadamente, nas qualidades dos objetos, nos processos e nos significados que naturalmente ocorrem. Para Pratt (2009), a investigação qualitativa é especialmente adequada no estudo do “como” e do “porquê” em detrimento do “quanto”; na compreensão da perspetiva de quem é estudado; e no levantamento e análise dos processos (articulação entre estes).

Parafraseando Denzin e Lincon (2011) “a investigação qualitativa é uma atividade situada que coloca o observador no mundo” (2011:3). Esta consiste “(...) num conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível” (*idem*). Na medida em que os diferentes métodos empíricos abrangem apenas uma “parte” do problema, na investigação qualitativa existe o compromisso de frequentemente, se utilizar mais do que um método, por estudo (Denzin e Lincon, 2011:3).

A representação do mundo em conceitos significativos faz-se através de palavras, textos e narrativas, de acordo com Gephart (2004), e igualmente corroborado por Miles e Huberman (1994) ou Denzin e Lincon (2011).

Denzin e Lincon (2011) explanam que, o investigador, a partir de registos empíricos de várias espécies, estuda a situação "(...) no seu cenário natural, procurando criar sentido (...) ou interpretando o fenómeno em termos dos significados que as pessoas lhe atribuem" (2011, p. 3). Nesse sentido, a investigação qualitativa encerra um carácter "naturalista" - em que o mundo é estudado no seu estado nato - e "interpretativista" - cujo objeto é a representação ou interpretação que os indivíduos lhe dão.

Acresce, que a investigação qualitativa é "particularmente difícil de medir mas igualmente de traçar", atendendo ao timbre "emergente" e de grande "flexibilidade" que a caracterizam, nos termos de Van Maanen (1998), revisto por Gephart (2004:455). Gephart (2004), referindo-se, uma vez mais, a Van Maanen (1998), cita "(...) a investigação qualitativa é muitas vezes desenhada ao mesmo tempo que vai sendo realizada (...)" (*idem*).

Esta dualidade traduz-se pela contingencialidade do "design" da investigação qualitativa, sem margem para "(...) antecipação de acontecimentos (...)" - o que justifica o carácter emergente da abordagem - e, simultaneamente, reforça a necessidade do investigador possuir "(...) julgamentos individuais altamente contextualizados" que lhe permitam conduzir a investigação, com grande flexibilidade, conforme Van Maanen (1998) (Gephart (2004:455).

A investigação qualitativa sendo multimétodo envolve diferentes métodos ou práticas de recolha de material empírico que nos permitem descrever as "(...) rotinas e os momentos problemáticos e os significados nas vidas dos indivíduos" (Denzin e Lincon, 2011:4). Cada prática ou método "(...) torna o mundo visível de maneira diferente" e oferece uma "(...) representação holística de realidades (...)" (Gephart, 2004:455).

A orientação multimétodo da abordagem qualitativa, também designada por "triangulação", é para estes autores uma forma de se alcançar uma melhor compreensão do problema. Neste sentido, é possível dizermos que a investigação qualitativa não é redutível a algumas variáveis analíticas, com relações de causalidade entre si, mensuráveis e enquadráveis num "design" de investigação hipotético-dedutivo. "Objetivamente, a realidade não pode ser nunca captada. Só conhecemos as coisas através da sua representação" (Denzin e Lincon, 2011:5).

3.1.2.2. Análise contrastante entre Investigação Qualitativa versus Investigação Quantitativa

Uma revisão de literatura a diferentes autores da especialidade permitiu-nos estabelecer e sistematizar os principais pontos contrastantes entre as abordagens de investigação qualitativa, já anteriormente abordada, e a investigação quantitativa, procurando ganhar clareza na abordagem e discussão, nomeadamente metodológica, com relação a estas.

Um dos traços distintivos da abordagem quantitativa é a ênfase colocada sobre a "mensurabilidade" das variáveis em termos de "quantidade, intensidade, frequência" (Denzin e Lincon, 2011:8). Por contraposição, a análise qualitativa incide sobre os processos, as qualidades dos objetos e os significados atribuídos pelos atores sociais, os quais não podem ser sujeitos a "designs" experimentais ou a uma mensuração, no sentido estrito do termo.

A investigação qualitativa, por seu lado, alicerça-se no paradigma de investigação interpretativista, por oposição à tradição positivista, na esteira de Schutz (1973) e Weick (1979). A investigação qualitativa realça a íntima relação entre o investigador e a realidade investigada. Para Denzin e Lincon (2001) este assume o papel do investigador "bricoleur" que "(...) reúne um conjunto de representações" (2011:4) "holísticas" (Gephart, 2004) acerca da realidade. Miles e Huberman (1994) referem-se, de igual modo, à influência "dos valores do investigador" na ação "simultânea" de recolha, perceção e interpretação dos dados, o que, de acordo com Denzin e Lincon (2001) reflete "(...) os constrangimentos situacionais que moldam a investigação" (2011:8).

Por contraposição, a investigação quantitativa propõe-se estudar as relações de causalidade entre variáveis, positivamente consideradas como sendo observáveis, quantificáveis e analisáveis, a partir de quadros conceptuais que testam hipóteses ou proposições gerais, passíveis de serem generalizáveis a partir de modelos estatísticos ou matemáticos (Gephart, 2004; Denzin e Lincon, 2011; Gioia *et. al.*, 2012).

A investigação qualitativa, deste modo, "(...) produz descrições profundas e detalhadas das ações reais dos contextos do quotidiano, as quais recuperam e preservam os significados atuais que os atores lhes atribuem (...)" (Gephart, 2004:455). Os insights conseguidos com a investigação qualitativa não são alcançáveis através do paradigma de investigação quantitativa. A metodologia hipotético-dedutiva que informa esta última corrente parece falhar em conseguir captar significados, processos e interações humanas, conforme nos alertam Gephart (2004) e Denzin e Lincon (2011), nomeadamente.

Flick (2002) revisto por Denzin e Lincon (2011) refere que a investigação qualitativa "(...) é forçada a usar as estratégias de investigação indutiva em vez de partir das teorias e de as testar(...), o conhecimento e a prática são estudados enquanto conhecimento e práticas locais" (2011:9). Van Maanen (1998) revisto por Gephart (2004) concebe, igualmente, a investigação qualitativa enquanto "indutiva e interpretativa" (2004:455), que "(...) inicia e termina em palavras, narrativas e textos enquanto representações significativas de conceitos" (Gephart 2004:455; Pratt, 2009:856).

Efetivamente, a investigação qualitativa procura explicar a descrição das observações através da produção de insights bem fundamentados, que demonstrem a abrangência dos conceitos e das teorias aplicados, naquele caso (Gephart, 2004). A investigação quantitativa, por outro lado, procura um conhecimento científico abstrato, ético e baseado em modelos probabilísticos que considerem grandes amostras de dados, aleatoriamente geradas (Denzin e Lincon, 2011).

Na tabela 1, em baixo, procuramos resumir os principais pontos representativos e contrastantes das duas abordagens de investigação, a partir de parâmetros comparáveis, com base na revisão de literatura de Gephart (2004), Denzin e Lincon (2011) e de Gioia *et. al.* (2012).

Tabela 1 – Paradigmas de Investigação: Qualitativa *versus* Quantitativa (Adaptado de Gephart, 2004; Denzin e Lincon, 2011; e Gioia *et al.*, 2012).

Pontos	Investigação Qualitativa	Investigação Quantitativa
Design de Investigação	Interpretativo e Indutivo: descobrir novos insights e conceitos teóricos - mais gerais e menos específicos de modo a captar as qualidades que descrevem e explicam os fenómenos de interesse; Articular a pergunta de investigação e o fenómeno em estudo. A pergunta é feita em termos de "como"; Fornecer narrativa do "como" é que os ator sociais constroem e compreendem a sua experiência e lhe atribuem significados; descrever as interações e os significados; focalizar e conhecer profundamente os processos.	Hipotético-dedutivo: Revelar as relações de causalidade entre variáveis e testar proposições gerais ou medir constructos teóricos; Articular a pergunta de investigação com a dedução de hipóteses e verificação destas ou a sua não-falsificação. A pergunta é feita em termos de "quanto"; Fornecer explicações sobre o "quanto", <i>i.e.</i> , número de ocorrências, frequências e intensidade do objeto mensurável de análise.
Assunções sobre a realidade	Realidade tida como socialmente construída pelos indivíduos a partir dos "conceitos-em-uso", por estes.	Realidade tida como objetiva passível de ser revelada e analisada. O significado científico da realidade é imposto aos indivíduos e a investigação procura analisar a verdade científica da realidade (que se presume verdadeira).
Objetivo	Descrever e compreender os processos, os significados e as representações.	Revelar a verdade acerca das variáveis (mensuração) e as relações entre estas.
Unidade de análise	Palavras, textos, narrativas, ações não-verbais, incidentes, sinais e símbolos.	Variáveis e constructos teóricos.
Recolha de Dados	Emergente e Flexível: a investigação é desenhada ao mesmo tempo que é realizada.	Pré-determinada e definitiva ou probabilística: a investigação procura controlar as variáveis, medir proposições e constructos e testar as hipóteses deduzidas da sua não-falsificação.
Análise dos dados	Investigação interpretativista, naturalista e indutiva (codificação aberta, qualidades dos objetos de análise, representações, interações).	Investigação quantitativa: codifica, contabiliza e mede variáveis, fenómenos e constructos (através de codificação fechada ou grelha-prévia; frequências, e escalas), procurando representar de modo significativo o objeto de análise.
Racional conhecimento	Insights para compreender os processos sociais inerentes aos aspetos da criação de significado a partir das experiências vividas pelos atores sociais.	Conhecimento científico baseado em modelos estatísticos e matemáticos.
Paradigma Metodológico	Abordagem Qualitativa: Construtivista, Interpretativa-indutiva	Abordagem Quantitativa: Positivista, Hipotético-dedutiva

Esta reflexão acerca dos diferentes paradigmas de investigação devem fazer-nos perceber que não nos devemos influenciar por um ou por outro sem o alicerce epistemológico da teoria e do problema de investigação. Qualquer uma das abordagens deve ser usada de modo consistente com a visão teórica ou paradigmática adotada, bem como, com o problema específico, definido.

3.1.2.3. Paradigma da Investigação Qualitativa: Limites epistemológicos e metodológicos

Denzin e Lincon (2011), parafraseando Bateson (1972), sustentam que o investigador está "interiormente limitado a uma teia de premissas epistemológicas e ontológicas, a qual, independentemente da derradeira verdade ou falsidade se torna parcialmente auto-validada" (2011:13). Guba (1990) citado pelos autores (2011) esclarece que "(...) a rede que contém as premissas epistemológicas, ontológicas e metodologias do investigador pode ser definida por

paradigma ou quadro de análise interpretativo que é, "um conjunto básico de crenças que guiam a ação" (*idem*). Efetivamente, Denzin e Lincon (2011) defendem que toda a investigação é interpretativa, na medida em que o investigador é sempre guiado"(...) pelo conjunto de crenças e sentimento acerca do mundo, e de como é que este deve ser compreendido e estudado" (2011:13).

De uma forma geral, os autores (2011) estabelecem a existência de quatro grandes paradigmas de investigação, a saber: "(...) 1) positivista; 2) pós-positivista; 2) crítico (Marxista: feminista e racial (race)); e 4) construtivista ou interpretativista (p. 13; p. 98). Lincon, Lynham e Guba (2011), com base em Heron e Reason (1997), acrescentam um quinto paradigma, denominado "participante" (2011:98; 101).

A tabela 2, em baixo, apresenta a revisão de Lincon, Lynham e Guba (2011) e a proposta de inclusão do paradigma participativo de Heron e Reason (1997).

Tabela 2 – Abordagens dos Paradigmas de Investigação em Ciências Sociais (Adaptado de Lincon *et al.*, 2011)

Questões	Positivismo	Pós-positivismo	Teorias Críticas	Construtivismo	Participante
Natureza do conhecimento	Hipóteses Verificadas: estabelecidas como factos ou leis	Hipóteses não falsificáveis: probabilidade de serem factos ou leis	Estrutural/Insights históricos	Reconstrução individual e coletiva convergente em torno de um consenso	Epistemologia alargada: primazia do conhecimento prático: subjetividade crítica; conhecimento com base na experiência
Acumulação do conhecimento	Acréscimo: "blocos de construção" que acrescem ao edifício do conhecimento; generalizações e ligações causa-efeito.		Revisonismo histórico; generalização por semelhança	Reconstruções mais informadas e sofisticadas; experiência vicariante	Em comunidades de conhecimento incorporadas em comunidades de práticas
Critérios de Bondade ou de Qualidade	Marcos convencionais de "rigor": validade, fiabilidade e objetividade, interna e externa.		Contextualização histórica; erosão da ignorância e equívocos; e ação de estímulos.	Confiabilidade e autenticidade, que inclui o catalisador para a ação.	Congruência da apresentação experimental e do saber prático; conduz a ações para transformar o mundo ao serviço do florescimento humano
Valores	Excluído: negação da influência		Incluído: formativo		
Ética	Extrínseco: inclinação para a decepção ou engano		Intrínseco: inclinação moral para revelação	Intrínseco: Processo de inclinação para a revelação	
Postura do Investigador	"Cientista Desinteressado" enquanto informador de agentes de decisões, de legisladores e agentes de mudança.		"Intelectual transformador" enquanto advogado e ativista	"Participante apaixonado" enquanto facilitador da reconstrução de múltiplas vozes	Manifesto na primeira pessoa através de ações de auto-reflexão; voz na segunda pessoa a iluminar a teoria, narrativas, movimento, músicas, dança e outras formas de apresentação
Formação	Técnica e quantitativa; Teorias substantivas	Técnica; quantitativa e qualitativa; teorias substantivas	Ressocialização; qualitativo e quantitativo; história; valores de altruísmo; <i>empowerment</i> e libertação	Convertidos são iniciados no processo de investigação por facilitadores/investigadores que aprendem através de um envolvimento ativo no processo; facilitador/investigador, precisa de competências emocionais, personalidade democrática e "skills"	

A nossa dissertação funda-se no paradigma construtivista e interpretativo.

Tendo por base sistematização proposta por Lincon *et al.* (2011, p. 102 a p. 105), propomo-nos refletir sobre ela no que concerne às crenças básicas que informam a construção da abordagem de investigação ou do paradigma orientativo, no que respeita à ontologia, epistemologia e metodologia.

A tabela 3 em baixo é uma adaptação da tabela enunciada e apenas considera o paradigma construtivista e interpretativista, o qual informa a nossa dissertação.

Tabela 3 - Crenças básicas do Paradigma Construtivista-Interpretativista (Adaptado de Lincon *et al.*, 2011)

Questões	Definições	Crenças básicas do Paradigma Construtivista-Interpretativista
Ontologia	" <i>Visão do mundo e as assunções sobre as quais os investigadores elaboram na sua procura por novos conhecimentos</i> " (itálico no original, Schwandt, 2007). "Qual é a natureza da realidade?" (Creswell, 2007).	Relativismo: "As realidades existem enquanto construções mentais múltiplas, social e experimentalmente baseadas, locais e específicas, sendo que a sua forma e conteúdo são dependentes das pessoas que as detêm" (Guba, 1990). Relativismo: "Realidades construídas e co-construídas, locais e específicas" (Guba e Lincon, 1995). "(...) <i>construímos o conhecimento através das nossas experiências e através das interações com os outros. Enquanto investigadores, temos que participar no processo de investigação com os nossos sujeitos de modo a garantir que estamos a produzir conhecimento que é o reflexo da sua realidade</i> " (itálico no original, Lincon <i>et al.</i> , 2011).
Epistemologia	"O processo de pensar. A relação entre o que sabemos e o que vemos. A verdade que procuramos e em que acreditamos enquanto investigadores" (Bernal, 2002; Guba e Lincon, 2005; Lynham e Webb-Johnson, 2008; Pallas, 2001).	Subjetivismo: "Inquiridor e inquirido fundem-se numa única entidade. Os resultados são literalmente a criação do processo de interação entre os dois" (Guba, 1990). "Assume que não nos podemos separar do que sabemos (...)" (Guba e Lincon, 1994), "Tal significa que somos moldados pelas nossas experiências de vida e isso transparece no conhecimento que geramos enquanto investigadores e nos dados gerados pelos nossos sujeitos" (Lincon <i>et al.</i> , 2011).
Metodologia	É relativa ao "(...) <i>processo de encontrar novos conhecimentos</i> " É acerca dos "(...) <i>princípios da (...) investigação e como (...) deve prosseguir</i> " (Schwandt, 2007, p. 190 in Denzin e Lincon, p. 104)	Hermenêutica e Dialética (Guba e Lincon, 1985) "Estes métodos asseguram um diálogo adequado ente os investigadores e aqueles com quem estes interagem de modo a construírem, de forma colaborativa, uma realidade com sentido" (Angen, 2000). "Habitualmente, os significados emergem do processo de investigação" (Angen, 2000). "Ciclos hermenêuticos: a ação conduz à recolha de dados que conduz à interpretação dos dados e que estimula a ação baseada nos dados" (Lincon <i>et al.</i> , 2011, p.105).

O racional foi, de uma maneira geral, tomado em linha de conta, ao longo da elaboração da presente dissertação.

3.1.2.4. O Investigador “Bricoleur” ou “Quilt Maker”

O investigador é tido cada vez menos, como alguém que aplica no terreno regras metodológicas estritas e estéreis, a priori definidas de acordo com o paradigma positivista de assunção da realidade observável, mensurável e analisável, mas mais como um “improvisador de jazz” (Weick, 1998) que desenha a investigação à medida que a vai conduzindo (Gephart, 2004).

O investigador atua sobre a realidade no sentido de a conhecer e, simultaneamente, avalia os métodos e técnicas que tem à sua disposição para o levantamento empírico, ou em alternativa cria novos instrumentos, tendo em conta as contingências do contexto.

Como anteriormente referido, Denzin e Lincon (2011) sublinham que "(...) a escolha das práticas interpretativas não é (...) feita a prior (...), depende da pergunta de investigação, que depende do contexto e do que está disponível nesse mesmo contexto e do que o investigador possa fazer, nessas circunstâncias" (2011:4).

O investigador que usa estratégias, métodos ou materiais empíricos de que dispõe no momento, para melhor responder às contingências do contexto, foi apelidado por Denzin e Lincon (2011) como "bricoleur", "quilt maker" ou "realizador" (2011:4). Por outro lado, muitas das práticas metodológicas da investigação qualitativa podem ser vistas como "bricolage", "quilt making" ou "realização" (“filmmaking”) (*idem*).

O investigador qualitativo, que desenha a investigação à medida que a realiza, é um "alfaiate de quilts que cose, altera e junta tiras de realidade. Este processo cria e acrescenta unidade psicológica e emocional à experiência interpretativa" (2011:5).

O pressuposto subjacente ao criador de “quilts” (Denzin e Lincon, 2011) ou ao improvisador de jazz (Weick, 1998) é a de que não há uma sequência linear entre momentos, cenas ou tiras de realidade, mas sim uma simultaneidade entre muitas coisas, muito diferentes, que ocorrem em “quasi-simultâneo” (Leone, 2010), como "vozes, perspetivas, pontos de vista e ângulos de visão, diferentes" (Denzin e Lincon, 2011:5). São os designados "textos dialógicos" os quais pressupõem uma audiência ativa, que constrói interpretações, umas sobre as outras, à medida que as cenas se vão desenrolando (2011).

Leone (2010) retomando os estudos seminais de Weick (1998) e de outros autores relevantes da teoria da improvisação e da ação do “improvisador de jazz”, como já fizera Gephart (2004) e mais tarde Denzin e Lincon, 2011 que revisitam os mesmos autores,

demonstram uma quase convergência entre a fase de “design” ou conceção e a de desenvolvimento ou realização, e não uma programação da ação alicerçada num planeamento detalhado e cuidadoso (Leone, 2010; Gephart, 2004; Denzin e Lincon, 2011). A emergência da ação (Mintzberg, 1986) impõe-se hoje ao investigador, na esteira de Van Maanan (1998) relido por Gephart (2004), pela constante necessidade de indivíduos, equipas e organizações atuarem (“enactment”) sobre o meio (Weick, 1979, 2001), de modo pouco estruturado (ou planeado) e sem muita informação disponível (March e Olsen, 1975).

A este propósito, Silverman (2005) invoca a "oportunidade de alteração de trajetória", do "zig-zag" ou dos "saltos", determinados pela ação do investigador sobre o “design” de investigação, no sentido de acompanhar a dialética que se gera entre “(...) teoria, conceitos e dados”. Efetivamente, a condução de uma investigação qualitativa exige ao investigador os tais "julgamentos individuais altamente contextualizados" a que Gephart (2004) alude, apoiando-se em Van Maanan (1998).

De acordo com Denzin e Lincon (2011), o "bricoleur interpretativista" compreende que a investigação é, em si mesmo, um processo iterativo moldado pela própria história pessoal, o género, a classe social, a raça ou etnia, mas igualmente, pelos que constituem o objeto de investigação e que participam dela, de modo dialético e hermenêutico, i.e, sem a imposição das fronteiras tradicionais entre disciplinas e ou saberes, aduzindo uma interdisciplinariedade na investigação.

3.1.2.5. Investigação Qualitativa: Crítica ao “Indutivismo Simplista”

O encanto da investigação qualitativa, de acordo com Silverman (2005), autor que nos servirá de guia principal nesta fase da nossa pesquisa, consiste em que “(...) a riqueza de dados do terreno oferece a oportunidade de mudança de foco, à medida que a análise em curso o vai sugerindo” (2005:80). Esta alteração, em curso, de que fala o autor, ou a emergência do “design” de investigação à medida que este se realiza, como anteriormente expusemos, nos termos de Van Maanan (1998) citado por Gephart (2004), não ocorre num vazio de teorias, ideias ou instrumentos de pesquisa, mas decorre da reflexão do investigador, sobre uma dialética subtil entre “(...) teoria, conceitos e dados” (*idem*).

A metodologia qualitativa, no entender de Gephart (2004), apresenta um design indutivo em que “(...) os significados emergem do processo de investigação”, como confirmam Lincon *et al.* (2011:105). Tal significa que o objeto de estudo incide sobre como é que as representações socialmente construídas, pelos atores, são por eles percebidas. Nesse

sentido, o problema de investigação, de acordo com o paradigma qualitativo, indutivo e interpretativo-constutivo não define, *a priori*, uma relação entre variáveis e um conjunto de hipóteses verificáveis e/ou não falsificáveis, características do modelo hipotético-dedutivo, mas consubstancia-se por uma investigação que versa sobre a compreensão dos significados, socialmente construídos.

A este propósito, Silverman (2005), revendo Miles e Huberman (1984) defende que “(...) qualquer investigador, não obstante quão indutivo ou não-estruturado seja o seu projeto, vai para o terreno com orientações, foco e instrumentos” (2005:79).

É assim uma falácia, referirmo-nos à investigação qualitativa nos termos do indutivismo simplista da “exposição não-estruturada, ao mundo” à espera que os significados emergam *de per se*, e que encontra em Glaser e Strauss (1967) e na “grounded theory”, a sua inspiração.

Como alerta Silverman (2005), parafraseando Singleton *et al.* (1988) a realidade não é “(...) um simples objeto estático à espera de ser observado” (2005:79).

Silverman (2005), ainda na sequência de Miles e Huberman (1984), defende a presença de uma boa teoria, por um lado, e um “design” de investigação apertado ao mínimo, por outro. Estas são as duas armas necessárias para o investigador se defender do “indutivismo simplista” (Silverman, 2005).

Assim, acerca do “design” de investigação, importa dizer que o investigador tem que reconhecer os saltos no decorrer da sua condução da pesquisa, de modo a que esta não se mantenha numa trajetória evolutiva e suave, desde o “design” do projeto de investigação até à discussão dos resultados. Efetivamente, o que ele não pode é permitir-se ignorar tudo o que se passa à sua volta, com exceção do que se possa enquadrar no seu “design”, sendo ele próprio restritivo. “Cada estádio da investigação desafia o foco do projeto e conduz a uma espécie de reavaliação” (Silverman, 2005:90-91).

No que concerne à teoria, estas são “entidades vidas” que fornecem o ímpeto para a investigação, mas também se desenvolvem e se modificam, através da mesma boa investigação (Silverman, 2005). “Em investigação científica, a teoria deve assumir a função de comando do processo, quer na recolha de informação, quer na sua interpretação” (Brites, 2015)

Desde a década de 60, os investigadores qualitativos defendem a necessidade de se pensar a partir das teorias formais, sem necessidade de se considerar esta abordagem como

provisória, ou jamais baseada em hipóteses iniciais (Silverman, 2005). De facto, os estudos qualitativos reuniram já um corpo de conhecimento considerável, utilizável e acumulável de maneira a um investigador se centrar, apenas e só, na sua abordagem epistemológica e metodológica.

As teorias organizam e definem um conjunto de conceitos que descrevem e explicam alguns fenómenos. Assim, “(...) sem uma teoria, um fenómeno não pode ser compreendido (...) nem há nada para pesquisar” (2005:99). Não podendo ser testadas, as teorias só podem ser consideradas mais ou menos úteis.

3.1.3. Metodologia Investigação-Ação e o Paradigma Interpretativista-Construtivista

3.1.3.1. Definição e outras questões

A metodologia da “action-research”, que doravante designamos na presente dissertação por “investigação-ação”, a par de outras formas de investigação qualitativa, tornou-se um distinto paradigma de investigação, em gestão, conforme referido em Eden e Huxham (1996).

Esta é uma metodologia que associa a investigação à prática da intervenção, constituindo-se numa abordagem integrada do abstrato com o concreto. Uma das características que melhor define a investigação-ação, a que os autores consensualmente aludem, refere que “(...) os resultados da investigação decorrem do envolvimento do investigador com os membros de uma organização, na resolução de um dado problema que genuinamente lhes diga respeito (...)” (Eden e Huxham 1996:75).

De igual modo, Levin e Greenwood (2011) interpretam-na como uma abordagem que estabelece a ligação entre a “(...) *praxis* e a teoria, na investigação social” (2011:29).

A investigação em ciências sociais, que não possa ser aplicada, não pode, genuinamente, ser considerada investigação, sublinham os autores (2011), na esteira dos trabalhos pioneiros de Kurt Lewin (1946; 1947), revistos por Eden e Huxham (1996).

Autores como Levin e Greenwood (2011) asseveram que “(...) teorias que não possam ser testadas, no seu contexto, são meramente especulativas” (2011:29).

Efetivamente, os autores recusam a noção de que podem existir “práticas de investigação aplicadas sem estarem explicitamente conectadas às teorias e aos métodos”

(*idem*). Por conseguinte, a investigação-ação “(...) rejeita a dicotomia entre teoria e prática na qual a maior parte dos investigadores sociais se baseiam” (Levin e Greenwood, 2011:29).

Da perspetiva epistemológica e metodológica, a investigação-ação tem sido vista como padecendo de “falta de rigor”. A sua justificação parece ter o fundamento nos argumentos de que “mais relevância requereria menos rigor” a que Argyris e Schon (1978; 1996) se contrapuseram, veementemente.

Em consonância com Argyris e Schon (1978; 1996), Levin e Greenwood (2011) consideram que a metodologia da investigação-ação tem a hermenêutica necessária à compreensão da experiência, *i.e.*, da ação sobre o objeto de investigação, sendo igualmente flexível no acolhimento do pensamento retrospectivo sobre a resultante, promovendo a modificação e/ou a expansão do saber do corpo teórico, do campo das ciências sociais.

Para estes mesmos autores, o rigor não adviria assim da separação entre o mundo da investigação teórica e o mundo da prática – situação ainda muito fomentada pela própria universidade, guardião de tais fronteiras - mas sim da conexão entre ambos, nomeadamente, do envolvimento dos investigadores com os atores sociais, que dialogicamente constroem uma realidade social, repleta de significados sociais “em uso” pelos próprios, que importa compreender, codificar, apresentar e refletir.

Tal posição, encontra, igualmente fundamento na Psicologia Social Construtivista de Karl Weick, bem como nos fundamentos da posição filosófica do pragmatismo (Levin e Greenwood, 2011).

3.1.3.2. Metodologia da Investigação-Ação

De acordo com Eden e Huxham (1996), existem diferentes escolas que tomam posição face à abordagem da investigação-ação, diferindo, entretanto, na sua capacidade de gerar os tipos de dados que cada uma requer. Se por um lado, há investigações inscritas nesta metodologia que estabelecem testes de hipóteses (Adelfer, 1993 *in* Eden e Huxham, 1996), por outro lado, existem outras que se filiam na investigação indutiva, enquadrada pelo paradigma interpretativista-construtivista (Gioia e Chittipeddi, 1991; Eden e Huxham, 1996; Vangen e Huxham, 2003).

Uma vez mais, é o problema de investigação que informa a adequabilidade das técnicas e as abordagens a utilizar ao longo da investigação e não preferências estabelecidas *a*

priori ou o seguidismo de “modas” ou “mainstream” que Balogun, Huff e Johnson (2003) referem ser o habitual “estudo de caso” ou a abordagem etnográfica, nas ciências da gestão.

Na literatura, existem inúmeros casos de investigação-ação que conectaram a resolução de problemas práticos com avanços teóricos e metodológicos, significativos, sendo o estudo mais paradigmático e pioneiro o conduzido por Emery e Trist (1973) ou o realizado por Mintzberg (1976).

Na esteira de Eden e Huxham (1996), Balogun *et al.* (2003) e Levin e Greenwood (2011) consideram que os dados recolhidos através desta abordagem têm o potencial de fornecer “insights” novos, inesperados, de grande riqueza e profundidade, mas de difícil interpretação e acesso que de outro modo não seriam passíveis de captar.

Autores como Mintzberg (1988), ou Pettigrew (1992) e Van de Ven (1992) revistos por Balogun *et al.* (2003), referem que “(...) os processos organizacionais não podem ser compreendidos de forma descontextualizada ou transversal”. Porém, os métodos tradicionais de recolha de dados apenas recobrem uma parte destes, de modo superficial, situação que, no entender dos autores, não possibilita a compreensão dos processos. Acresce que a partilha das práticas e dos conhecimentos pelos ator sociais é “(...) potencialmente difícil em qualquer outro contexto que não seja a própria prática” (Gioia e Chittipeddi, 1991), o que sugere a necessidade de maior envolvimento dos investigadores na própria ação de investigação, para além das técnicas hermeticamente distintas das práticas de intervenção, a que nos referimos anteriormente (dicotomização entre a teoria e a prática).

A necessidade deste “território intermédio” encabeçada pela investigação-ação serve dois princípios contrastantes ou dois “amos”, nos termos de Levin e Greenwood (2011). Os autores sublinham, a este propósito a importância dos investigadores sociais serem íntegros na medida em que “(...) não podem laborar apenas no mundo da abstração académica (...) nem no mundo das soluções práticas dos problemas sociais (2011:31).

A integridade do investigador enquadrado por esta abordagem de investigação-ação, movendo-se continuamente entre estes dois territórios contraditórios, é a chave do seu sucesso.

“É na ação que nasce o pensamento” defende Karl Weick. Na medida em que a realidade é socialmente construída, os atores interpretam e criam sentido sobre a sua vivência individual, grupal ou coletiva, *a posteriori*, *i.e.*, dado lugar ao “sensemaking”. Neste sentido, separar a investigação da ação, não teria qualquer razão de ser.

A investigação-ação e a sua abordagem hermenêutica de “criação de sentido” em relação ao objeto investigado, encoraja a intervenção no contexto da investigação, envolvendo os indivíduos como participantes no próprio processo de investigação (Stringer, 1996:9). Tal pressupõe uma democratização, uma humanização e um empoderamento da própria ação de investigar e os pilares da “investigação-ação baseada na comunidade” (*idem*).

Enquanto metodologia de investigação, aquela seria emergente e indutiva, na medida em que o investigador “(...) não pode saber de antemão as oportunidades de intervenção a desenvolver ou que análises pode realizar sobre que intervenções” de acordo com Huxham (2003:240) e Eisenhardt (1989). Deriva assim os seus “(...) insights teóricos a partir de dados que ocorrem naturalmente” e catalisadores do processo de desenvolvimento teórico indutivo, conforme Eisenhardt (1989).

3.1.4. Métodos de Suporte à Metodologia de Investigação Qualitativa

A investigação qualitativa pressupõe a utilização de métodos qualitativos, por definição. O processo de investigação deve permitir demonstrar como é que as práticas e métodos de investigação usados possibilitam a transformação das observações, na fase de recolha de dados, em análises de resultados, descobertas e conclusões e em propostas de insights teóricos (Gephart, 2004). De acordo com o autor (2004), os dados qualitativos podem ser recolhidos através de um ou mais métodos de investigação, enquadráveis na abordagem qualitativa e agrupados por grandes técnicas de investigação, como estudos de caso, entrevistas, observações, “grounded theory” e a análise textual, a qual envolve o estudo de textos através de duas formas, a saber, a semiótica e a análise de narrativas.

3.1.4.1. Método de focus grupos: estrutura, processo e dados

Um dos métodos utilizados na nossa dissertação enquadrou-se nas técnicas de entrevista, como definida por Gephart (2004). A abordagem metodológica que melhor nos permitiu responder ao problema de investigação contemplou a conceção coletiva desta técnica de investigação, em que a unidade de análise foi o grupo e não o indivíduo, recolhendo testemunhos e narrativas dos grupos de indivíduos selecionados e entrevistados, *i.e.*, o método de *focus* grupo (FG).

O método de *focus* grupo pode ser aplicado a uma grande variedade de contextos de investigação. É particularmente útil em estudos exploratórios acerca de objetos de estudo com relevância científica ou interesse para o investigador, ainda que pouco conhecido ou cujo corpo de saber acumulado é ainda insuficiente (Stewart, Shamdasani e Rook, 2007).

O método de FG define-se por "(...) conversas coletivas ou entrevistas de grupo". Os grupos podem ser "(...) pequenos ou grandes, dirigidos ou não-dirigidos" (Kamberelis e Dimitriadis, 2011:545).

Efetivamente, Stewart *et al.* (2007) consideram que o método de FG apresenta uma grande flexibilidade que se traduz pela escolha de qualquer "tema", na "configuração" do painel, e ainda, na seleção dos "indivíduos", entre candidatos muito diferentes (2007:163).

A entrevista de FG envolve, geralmente, oito a 12 indivíduos, os quais discutem um tema focado ou particular, sob moderação do investigador, que promove as interações entre os participantes do grupo, ao mesmo tempo que assegura que a discussão permanece balizada pelo tema de interesse (Stewart *et al.*, 2007). Os autores justificam a dimensão do grupo pela ocorrência de duas necessidades: "(...) mais pequenos tendem a ser dominados por um ou dois elementos (...) maiores são difíceis de gerir e inibem a participação de todos os membros do grupo" (2007:37).

Com uma duração que os mesmos autores (2007) estabelecem entre 1h30m até 2h30m a entrevista de FG pode incluir equipamento de áudio e/ou de vídeo para transcrição e posterior análise dos dados. Para Stewart *et al.* (2007), o moderador é a "chave" no sucesso de um FG bem-sucedido, e para o desenrolar de uma discussão "suave", mas reveladora.

Dependendo dos objetivos da investigação, o moderador pode ser "(...) mais ou menos diretivo, sendo na maioria das vezes não-diretivo, deixando a discussão fluir de modo natural, desde que a mantenha no tema de interesse (2007:38)".

O FG constitui uma excecional fonte de dados qualitativos. Esta não se adequa, porém, a todos os "designs" de investigação. Tal depende, uma vez mais, da natureza da investigação, da pergunta de partida ou dos objetivos. Não obstante o carácter flexível da sua aplicação, os dados recolhidos não devem ser considerados como subjetivos ou com falta de rigor.

Enquanto método de investigação de utilização exploratória e/ou confirmatória, distingue-se de outras técnicas pela natureza dos dados que consegue gerar. Os autores (2007) relendo Krippendorff (2004) referem quem este definiu o carácter distintivo dos dados recolhidos em termos "emic" e "etic".

O método de FG possibilita a recolha de dados de enorme riqueza e detalhe acerca de perceções, sentimentos, ideias e impressões dos membros do grupo, expressos nos termos por estes usados. A espontaneidade das interações entre os membros do FG produz muitas vezes insights que de outro modo não seria possível obter (e.g., através de inquéritos ou entrevistas

individuais). Nesse sentido, os dados são mais de tipo emic que de tipo etic, *i.e.*, são dados que emergem de forma natural ou "indígena" e que são "(...) apenas minimamente impostos pelo investigador ou pelo cenário investigativo" (Stewart, *et. al.*, 2007:40). Pelo contrário, os dados etic resultam "(...) da visão da investigação imposta pelo investigador" (*idem*).

Se considerarmos os polos acima definidos, dificilmente podemos posicionar qualquer investigação num dos dois extremos, sem cairmos numa dicotomização positivista, demasiado "racional" e "objetiva", em que não nos revemos, conforme temos vindo a defender, ao longo deste capítulo. Estamos de acordo com os autores na necessidade de considerarmos todo o *continuum* de investigação, uma vez que, nem todos os dados são totalmente de tipo "etic", atendendo à influência da idiosincrasia dos respondentes e/ou do ambiente, nem todos são completamente naturais "emic", pois o investigador toma decisões durante a mediação do FG.

3.1.4.2. Evolução Epistemológica do Método de *Focus Grupos*

A utilização do método de *focus grupo* (FG) na investigação em Ciências Sociais remonta aos trabalhos pioneiros de Paul Lazarsfeld e Robert Merton, em 1941. Estes autores aplicaram a técnica, porém, de modo conservador e complementar às restantes estratégias quantitativas, por eles utilizadas. Face ao seu potencial "multifuncional" e reconhecida validade como método de investigação qualitativo, *de per se*, Lazarsfeld e Merton circunscreveram a utilização da técnica à "(...) conceção de novas questões (...) a operacionalizar no trabalho quantitativo (...)" (Kamberelis e Dimitriadis, 2011:554).

Apesar do criticismo em torno do seu trabalho, os contributos de Lazarsfeld e Merton para a utilização do FG foi fundamental na medida em que estes demonstraram as suas potencialidades: **a)** "capta as respostas das pessoas no local e em tempo real, no contexto de interação face-a-face", e **b)** "foca estrategicamente a entrevista (...) nos temas gerados no decorrer dessas interações face-a-face (...)", (Kamberelis e Dimitriadis, 2011:554).

Enquadrados por um paradigma positivista da investigação, Lazarsfeld e Merton conduziram os trabalhos centrando-se, nomeadamente, no conteúdo expresso durante as entrevistas focadas, cuja validade deveria ser ainda sujeita a "(...) testes quantitativos (...)" (Merton, 1987 *in* Denzin e Lincoln, 2011:54). Esta posição contrasta largamente com a abordagem interpretativista da "realidade socialmente construída" (Schutz, 1967; Weick, 1969/1979) adotada mais tarde por David Morley (anos 80), que usou o FG numa perspetiva construtivista (Kamberelis e Dimitriadis, 2011).

Esta abordagem à utilização do método de FG é de enorme valia para os investigadores na medida em que se obtêm "(...) insights acerca do como é que os significados se constroem coletivamente, *in situ*, (...) através das conversas e interações (...) na situação de grupo - ao invés de considerarem indivíduos como repositórios autónomos (...) de opiniões individuais, isoladas do seu contexto social" (Morley, 1980 *in* Kamberelis e Dimitriadis, 2011:555).

Conduzir uma investigação no terreno principalmente através do método de FG é sinónimo do agitar das águas da prática investigativa. As orientações para a prática metodológica estão longe de oferecer aos investigadores caminhos definidos, lineares e exclusivos.

Num exercício de mergulho etnográfico, a abordagem de FG possibilita ao investigador narrar o que os indivíduos experienciaram, sem "(...) interpretar ou explicar (...) apresentando investigador e investigados como mensageiros do conhecimento (...)" (2011:556). Kamberelis e Dimitriadis (2011) suportando-se no trabalho conduzido por Lather e Smithies (1997) chamaram-lhe a "metodologia de nos perdermos" com os diferentes registos e níveis registados, sem encontramos a nossa maneira de gerar sentido que mapeie a nossa forma habitual de gerar sentido.

Não há uma separação simples entre "investigador" e "investigado" e a investigação, é em si mesma, "(...) um trabalho relacional, político, pedagógico e ético" (Kamberelis e Dimitriadis, 2011:556). Efetivamente, não existe um lugar privilegiado para "experimentar" e outro para "reportar objetivamente a experiência". Apenas posições no diálogo. Mesmo aí, continuam os autores (2011), a posição de figura e a posição de fundo permanece dúbia, desafiando os limites do diálogo, da capacidade auto-reflexiva e da transparência inevitavelmente ameaçadas pela hipotética reemergência dos apriorismos.

3.1.4.3. As três Funções do Método de *Focus Grupo*: Pedagógica, Política e de Investigação

Kamberelis e Dimitriadis (2011), destacam as três funções principais do método de FG, a saber, a função pedagógica, a função política e a função de investigação. Os autores refletem, sobretudo, acerca das relações de simultaneidade entre as funções o que lhe confere uma natureza multifuncional e complexa. Efetivamente, as três funções "(...) trabalham em simultâneo, (...) todas estão visíveis ao investigador, e as três refletem e refratam a substância

(multifuncional) do FG de diferentes formas" (2011:546), sendo essa a base da sua complexidade.

"A multifuncionalidade tornou-se um constructo de crescente importância para explicar a contingência e a complexidade das diferentes disciplinas" (2011:545). Inspirando-se na imagem do prisma enquanto elemento ótico transparente, as suas superfícies planas e polidas refletem ou refratam a luz, sendo possível ver a totalidade do feixe de luz refletido à origem ou visualizar cada um dos seus componentes de espectro de cor, refratados. Não obstante, "(...) de qualquer ângulo de visão, pelo menos parte da superfície total encontra-se visível" (2011:546).

De modo similar, no FG "(...) as suas três funções operam de modo simultâneo, sendo todas visíveis aos investigadores, até certo ponto, e todas elas refletem e refratam a substância do FG, de maneiras diferentes (2011:546)"

Nas ciências sociais os objetos de investigação apresentam diferentes facetas que operam de modo simultâneo e que têm que ser captados, por um lado, mas de igual modo, e dependentemente do ângulo de análise, há sempre uma função ou lado que assume um papel dominante, e que tem que ser compreendido.

A função pedagógica, de acordo com Kamberelis e Dimitriadis (2011), pressupõe um "(...) envolvimento coletivo, desenhado de modo a promover o diálogo e a alcançar níveis mais elevados de compreensão de questões críticas para o desenvolvimento dos interesses dos grupos e/ou de transformação das condições da sua existência" (2011:546).

A função política baseia-se, por vezes mas não necessariamente, na função pedagógica. Esta tem como principal objetivo "(...) transformar as condições de existência de um parceiro particular." A ação sobre a função política pode ser denominada por ativismo. Esta pode crescer para lá das orientações políticas tornando-se mais democrática e participada, por ex., através de movimentos de criação de consciência, manifestos, campanhas, agências governamentais de lobby, entre outras" (2011:546).

A função de investigação do FG sendo a mais associada a este método é, igualmente, muito conotada com a abordagem de inquérito, típica da investigação positivista em que a realidade e o conhecimento são dados *a priori* (Kamberelis e Dimitriadis, 2011). Com a perspectiva interpretativista a natureza e o alcance do inquérito alargaram-se e a "(...) realidade passou a ser considerada (pelo menos em parte) socialmente construída e, por conseguinte,

em mudança e mutável. O conhecimento é tido como parcial e dependente da perspectiva" (2011:546).

De acordo com esta corrente, o FG procura responder a questões de "como" e de "porquê" - a que os métodos quantitativos e positivistas não conseguem responder -, encontrando-se a função de inquérito do FG, para os autores (Kamberelis e Dimitriadis, 2011), mais próxima da abordagem interpretativista da "Escola de Sociologia de Chicago" ou da Psicologia Social Construtivista de Weick (1979).

Nesta perspectiva, a função de inquérito do FG é a de "(...) gerar relatos ricos, complexos, e até contraditórios, acerca de como é que as pessoas atribuem significado e interpretam as suas experiências", e como é que estes "(...) podem ser usados com impacto nas "políticas sociais e nas mudanças sociais" (2011:546).

Para lá de mero instrumento de investigação qualitativa Kamberelis e Dimitriadis (2011) referem-se ao FG enquanto espaço de articulação polivalente e contingente de práticas e efeitos pedagógica, política e empírica. O FG oferece assim insights únicos para a prática investigativa, realizada sobre os problemas do mundo real e as suas assimetrias, nomeadamente, através das práticas deliberativas, dialógicas e democráticas (2011:547).

3.2. PARTE II

3.2.1. Fundamentos de Redação de uma Experiência de Investigação Qualitativa

“Start with an interesting question, not a fancy hypothesis. Hypotheses close me down; questions open me up”

“I need to be stimulated by rich description, stories are best of all”

Mintzberg, (2005: 361-362)

As investigações qualitativas começam e acabam em palavras, conversas e textos (Gephart, 2005) e não em números (Miles e Huberman, 1984 *in* Silverman, 2005), como nas investigações quantitativas. Esta simples e aparente diferença de “linguagem” tem implicações muito mais vastas, nomeadamente, metodológicas - exigindo dos investigadores uma abordagem naturalista e interpretativista aos dados – reivindicando, de igual modo, o reconhecimento da contingencialidade e não-aleatoriedade dos dados.

Estas questões assumem um grande impacto na redação da metodologia da investigação qualitativa, não devendo, por conseguinte “(...) ser ocultadas nem gerar culpas” (Silverman, 2005:303) ao investigador. Devem antes ser encaradas como motores de desenvolvimento em qualquer investigação, captando por um lado, a criatividade e o potencial de “novos conceitos e ideias”, sem descurar o “rigor qualitativo” (Gioia, Corley e Hamilton, 2012:15-16), por outro.

Contraopondo à forma de apresentação clássica da investigação quantitativa com inspiração no desenho hipotético-dedutivo, Silverman (2005) defende que a investigação qualitativa deve ser antes apresentada de modo mais flexível, propondo a sua recriação no que designou por “História Natural da Investigação”, que nesta dissertação, nos propomos seguir (2005:305-309).

De acordo com o autor (2005) a história natural da investigação consegue explicar “as assunções teóricas da metodologia seguida” (2005:303) que melhor se adequem ao problema de investigação; reconhecendo: **i**) (...) fatores contingenciais relacionados com interesses pessoais”; **ii**) de acesso aos dados, *i.e.*, “(...) estar no lugar certo à hora certa determinam geralmente os dados possíveis para se trabalhar”; **iii**) e, que “(...) os investigadores trabalhem de modo proveitoso pequenos conjuntos de dados que não tenham sido aleatoriamente recolhidos” (2005:303-304), poderem ser, ainda assim, generalizáveis.

O capítulo de metodologia da investigação qualitativa deve discutir: **i**) o racional do “design” da investigação; **ii**) a análise de dados; **iii**) e o processo de narrativa e documentação da história natural da investigação que demonstrem a “transparência dos métodos utilizados” (Silverman, 2005:304), respondendo às questões de investigação analogamente, a qualquer investigação quantitativa.

O autor (2005) considera que este método seria suscetível de captar as sucessivas iterações da própria investigação, em torno de um conhecimento que se pode classificar como mais difuso, abrangente e disperso, e nessa medida, de difícil afunilamento, até se alcançar uma redução da realidade, convertível em dados que garantam a possibilidade de interpretação e compreensão, em situação de abstração.

A história natural da investigação contemplaria assim, uma apresentação diferente da preconizada no modelo hipotético-dedutivo, incidindo nomeadamente: **i**) dados estudados; **ii**) circunstâncias da investigação e acesso aos dados; **iii**) métodos de recolha e sua

caracterização; **iv**) análise dos dados; **v**) e, o porquê dos métodos escolhidos e suas limitações (Silverman, 2005).

Deste modo, o autor (2005), propõe a história natural da investigação como mais adequada a um “design” de investigação qualitativo e interpretativo-indutivo.

A história natural da investigação que em seguida se apresenta procura seguir os pontos mais salientes recomendados por Silverman (2005).

A abrangência do contexto da investigação-ação, dentro dos limites do quadro conceptual recomendado, pode possibilitar a verificação do bem-fundado dos objetivos empíricos e a sua validade.

3.2.2. Introdução à História Natural da Investigação

A elaboração da história natural da investigação, a qual constitui o contexto de análise e de leitura dos dados, relativos ao objeto de estudo, baseou-se nos seguintes elementos de registo: **i**) “diário de investigação” (registo sistemático de todas as ações de investigação-ação levado a cabo pelo estudante de *PhD* no âmbito da sua observação não-participante); **ii**) as atas das reuniões das comissões de promoção e de marketing; **iii**) as nossas próprias notas e a correspondência trocada por e-mail; **iv**) e os relatórios apresentados ao CD e à tutela. Estes foram lidos e analisados de modo a enquadrarem o relato de forma lógica e tanto quanto possível, cronologicamente. Não se referenciam os documentos citados por não constituírem o objeto específico de estudo mas antes o enquadramento de leitura dos mapas cognitivos da comunicação institucional e da comunicação com as parcerias, respetivamente. A sua riqueza, porém não se esgota num único estudo, podendo ser revisitados por outros investigadores, conforme sugere Silverman (2005).

3.2.3. Circunstâncias da Investigação, Condicionalismos do Terreno de Pesquisa e o Acesso Possível aos Dados

3.2.3.1. O Terreno de Investigação: A investigação-ação “útil”

Iniciámos o processo de investigação-ação junto da entidade reguladora da dádiva de sangue em Portugal, em setembro de 2012, com a nossa integração numa equipa de investigadores de uma universidade - um estudante de *PhD* e dois Doutorados, ambos da área de gestão com experiência em processos de fusão e mudança organizacional – que desde março de 2012, se encontravam a apoiar o organismo ao abrigo de um protocolo de cooperação institucional celebrado entre as duas entidades, por um biénio (2012-2014).

A entidade encontrava-se num processo tumultuoso de mudança organizacional, pilotado pelo processo mais vasto de reestruturação, estabelecido por uma nova orgânica (DL n.º 39/2012, de 16 de fevereiro). O decreto-lei do processo de fusão estabeleceu a concentração na nova entidade reguladora, das competências anteriormente dispersas por seis instituições independentes e geograficamente desconcentradas (Lisboa, Porto e Coimbra), nomeadamente, as competências da promoção, colheita, análises, separação, armazenamento, distribuição e regulação dos diferentes componentes orgânicos a fornecer aos hospitais, os quais, sangue, células, tecidos e órgãos (ver, Figura Anexos 1). A nova entidade pertence à Administração Indireta do Estado e está sob tutela do Ministério da Saúde.

A equipa da universidade encontrava-se a desenvolver o diagnóstico organizacional e a iniciar uma dinâmica de investigação-ação junto do Conselho Diretivo (CD) da instituição, porém de forma muito condicionada, quer pelas solicitações diretas do próprio CD, quer pelas disponibilidades da própria equipa. O aluno de *PhD* apesar de autorizado a observar e registar todos os processos e ações, só acedia efetivamente ao terreno se e quando enquadrado por estes pedidos. Importava, assim, alargar o espectro da investigação-ação através da integração de um quarto elemento, com funções de dinamização específicas, experiência na condução da metodologia de investigação-ação, nomeadamente na área da saúde, e com disponibilidade para estar em permanência, na instituição. Simultaneamente, este mesmo elemento deveria estabelecer a articulação entre a equipa da universidade e a própria entidade, para lá das solicitações do CD.

O referido protocolo previa a necessidade de apoio e acompanhamento ao processo de fusão e mudança organizacional, através da dinâmica da investigação-ação, e consentia igualmente, a abertura a demais alunos de *PhD* para fins de investigação em gestão, com o foco nas diversas áreas das competências da instituição, acima citadas. Conforme o Anexo 1, Tabela Anexos 1, apenas a investigação-ação foi autorizada, em paralelo com o estudo de observação não-participante do aluno de *PhD*, na área do sangue e nas competências da promoção e algum respaldo na área da colheita, associadas nas campanhas de ativação de colheita de sangue, conforme se explica ao longo desta história natural da investigação.

Foi na qualidade de elemento dinamizador da metodologia de investigação-ação que integrámos a entidade nacional da dádiva, nomeadamente, para as questões da mudança organizacional e da fusão, identificadas pela própria instituição como “úteis para a organização” (Eden e Huxham, 1996:76). O nosso estatuto, internamente definido como “Assessoria ao CD” permitia-nos aceder à dinâmica organizacional da referida entidade,

observar, analisar e atuar de acordo com os interesses e as prioridades da própria instituição. Nunca deixámos de seguir, igualmente, o pressuposto definido por Reason (1988), citado por Eden e Huxham (1996), da utilidade da investigação-ação para nós próprios, no “momento da atuação”. Efetivamente, não sendo a investigação-ação uma “ciência reflexiva sobre a ação” (*idem*), esta não deixa de impelir o investigador a extrapolar e a aplicar a teoria para além do “contexto específico da investigação”, e do “projeto” (*idem*), procurando desta feita a generalização da investigação.

3.2.3.2. Contingências do terreno de investigação: O “enactment” possível e os limites no acesso à Investigação-Ação

O clima de urgência da organização era singular e podia quase sentir-se. Este era, igualmente, transmitido em reuniões, pelo próprio CD. Poucos meses antes da nossa integração, ocorrerem vários episódios que dão disso testemunha, de que destacamos dois, pela sua gravidade, mas igualmente, por serem do domínio público. O primeiro, culminou no encerramento do Banco Público de Sangue do Cordão Umbilical - o caso foi amplamente divulgado na comunicação social - e o segundo, consubstanciou-se no apelo ao boicote à dádiva de sangue - protagonizado por uma das federações e várias associações de dadores - alegadamente motivado pela eliminação da isenção das taxas moderadoras do SNS (cuidados hospitalares), aos dadores regulares. De assinalar, que no decorrer do ano de 2012, a entidade apelou à dádiva solidária da sociedade civil, nos dois períodos de tradicional quebra de colheitas (fevereiro/setembro), agravados, naquele ano, pelos episódios relatados.

A entidade trabalhava em situação de “quasi-mercado” (Hood, 1991) - as associações de dadores “forneciam o sangue no braço”, em troca de benefícios diversos aos dirigentes e aos dadores - e a instituição, os meios de colheita e a subsequente cadeia de valor dos componentes de sangue. Esta forma organizacional perpetuava uma situação de anquilosamento e de estagnação do potencial crescimento da colheita de sangue, pela via tradicionalmente consagrada. A criação de um “call-center” de âmbito nacional, procurou constituir-se numa primeira resposta, ainda que estritamente tecnológica, de contacto direto com os dadores, promovendo um maior número de potenciais dadores em cada uma das sessões de colheita programadas, beneficiando, também indiretamente as associações.

A introdução desta solução tecnológica de integração, por oposição à da diferenciação tradicional e regionalmente desconcentrada, sem colidir com esta, gerou, nos termos de Weick

(1976; 2001) e Hollebeck e Spitzmuller (2012) um sistema organizacional em situação de semi-conexão, que fez avançar a pro-atividade da entidade, ainda que de modo insuficiente.

A urgência da situação era uma força muito presente, naquele ano e foi pela equipa da universidade e por nós percebida como proveniente de duas instituições, entretanto fusionadas na nova entidade, a que entretanto “encerrara” nos moldes em que anteriormente laborava - colheita aleatória de amostras de células estaminais do cordão, sem critério clínico definido – e, nomeadamente, da parte da sua maior constituinte e responsável pela colheita de sangue. Esta última, com a missão de responder, em tempo útil e com qualidade, às necessidades de consumos diários em componentes de sangue, a todos os hospitais portugueses com capacidade transfusional.

A eventual desagregação da nova entidade parecia assim advir do seu maior capital de solidariedade, a dívida de sangue. O CD, percecionava uma iminência de rutura da reserva nacional de sangue, atendendo à pressão dos consumos hospitalares diários, regulares (1200 unidades/dia), face à organização interna da resposta medida em sessões de colheitas programadas pela própria entidade. Importa referir que a reserva nacional de sangue permite fazer face às necessidades regulares de consumo de componentes de sangue dos hospitais, durante sete dias mais três (diretriz AABB: 72 horas de fornecimento após o início de um evento a gerir de acordo com a regra FIFO), definida para o território nacional (Plano de Emergência e Contingência para a Dívida de Sangue, dez. 2013).

A 17 de setembro de 2012, aquando da nossa integração na entidade, nos termos acima descritos, foi-nos comunicado diretamente pelo CD, a necessidade de desenvolvermos uma investigação-ação em resposta ao desequilíbrio reportado na área do sangue, *i.e.*, entre a escassez da oferta solidária associada a um planeamento interno de sessões de colheitas pouco reforçado nos períodos de sazonalidade conhecidos, e a crescente pressão da procura externa por componentes sanguíneos, por parte dos hospitais e dos seus serviços de medicina transfusional.

O imperativo do “enactment” (Weick, 1979; 2001) e da estratégia emergente de ação (Mintzberg, 1989; 2004) foi-nos transmitido desde o primeiro momento. A impermanência do meio (Weick, 2009) associava-se a uma tendência de sazonalidade de dívida em dois períodos anuais, de quebra efetiva de colheitas de sangue, conhecida e cíclica (fevereiro; setembro). O período de crise económica e social daquele ano e seguintes acentuava a plausibilidade de perceção, na sociedade portuguesa, de falta de coesão social, de caos

institucional, e de motivar uma carência de confiança nas instituições da saúde, a nível nacional. O impacto potencial de apelos sistemáticos na organização, conjugado ao da crise socioeconómica, poderia fazer-se sentir, por esta via, numa diminuição significativa do número de dadores (potenciais, esporádicos e regulares), num futuro próximo.

O cenário de intervenção da investigação-ação era assim mais urgente do que o inicialmente previsto no protocolo original, mas, igualmente, mais claro. A autorização e o ímpeto do CD em “mergulharmos” no terreno de ação, tão depressa quanto possível, conduziram a um redesenho da intervenção, que fizemos acompanhar por, identificação das áreas de investigação-ação prioritárias; autonomia necessária à ação emergente dos investigadores; e formas de registo sistemático de ações e dinâmicas.

O processo da investigação-ação foi desenhado para ser conduzido no seio de grupos de trabalho adocráticos com uma coordenação por ajustamento mútuo e comprometidos com objetivos definidos pelo vértice hierárquico da organização, de modo a flexibilizar a entidade com vista à adaptabilidade e eficácia duradouras, poupando-a deste modo a uma rigidificação provável.

No ponto seguinte, explicamos o processo de emergência do desenho da investigação, o qual possibilitou acomodar a investigação-ação, a observação não-participante, os *focus* grupos e o impacto na dinâmica da nova entidade.

O registo das ações de investigação-ação foi assegurado pela metodologia etnográfica de observação não-participante, conduzida pelo estudante de *PhD* e expressa no “diário de investigação” – investigação própria, mas igualmente, ponto de reflexão conjunta de toda a equipa universitária no terreno.

3.2.3.3. Afunilamento do terreno da investigação-ação: O design emergente

A nova estrutura interna não tinha capacidade para se aproximar à cultura de rede, nem a partir das associações existentes, ou mesmo, através do lastro proporcionado pelo envolvimento de outros “stakeholders”. Em termos de Mintzberg (1995), não existia uma lógica organizacional. De facto, a sua estrutura poderia designar-se mais como uma “anarquia mecânico-profissional” em que, as áreas da tecnoestrutura e do apoio logístico se aproximariam a uma “burocracia mecânica”, que ao se replicarem geograficamente de modo desconcentrado equivaliam-se, em termos macros, a uma estrutura “divisionalizada”. Igualmente, o núcleo operacional, nomeadamente o dos profissionais de saúde, funcionava de

acordo com os mecanismos de coordenação característicos da “burocracia profissional”. Os assistentes operacionais, porém, atuavam de forma estandardizada, à luz dos preceitos da “burocracia mecânica” mas de modo anárquico.

Efetivamente foi entendimento da equipa de investigadores universitários que o processo de fusão trazia riscos acrescidos de integração hierárquica e vertical da nova estrutura, consonante com os autores (Depuis e Farinas, 2010; Gaynor, *et al.*, 2012; Fulop, *et al.*, 2002; Fulop, *et al.*, 2005), aproximando-se a nova entidade a uma gigantesca “burocracia mecânica”, sem porém terem uma gestão que lhes permitisse alguma eficiência.

Importava introduzir flexibilidade na estrutura, mantendo o funcionamento da entidade em semi-conexão (Weick, 1976; 2001). A opção pela inevitabilidade da integração face à elevada diferenciação apresentada pela nova entidade constituía, em si mesma, a oportunidade da equipa universitária (coordenador), propor um funcionamento matricial por equipas adhocráticas (Lopes, 2012), visando dois objetivos principais: **i**) facilitar a evolução da nova estrutura fusionada, sem a integrar verticalmente; **ii**) reorientar os mecanismos de coordenação interna para uma atuação sustentada na diversificação dos “stakeholders” (não apenas associações) e na cultura de rede.

A matricialização da estrutura por equipas adhocráticas, responderia por saberes e objetivos diferenciados, recobrando, no seu conjunto, as competências e atribuições do novo organismo. Este processo de flexibilização da configuração da nova entidade foi colocado em marcha, ainda em Setembro de 2012, e apresentada em sessão pública à tutela, na pessoa do Ministro da Saúde, a 5 de janeiro de 2013. A proposta de reformulação seria assim suscetível de gerir o choque inevitável entre as diferentes culturas organizacionais das seis entidades, então em processo de fusão.

A sua operacionalização consistiu na criação de cinco equipas, internamente designadas por comissões, duplamente enfocadas no apoio à decisão do CD em todas as áreas de especialidade da nova entidade, e por outro lado, na promoção de uma cultura de articulação entre estas, o vértice estratégico e a estrutura de apoio, por ajustamento mútuo, em lugar de uma cultura de decisão individual, característica dos profissionais de saúde, habitualmente verificada nas burocracias profissionais (Mintzberg, 1995). As comissões enfocaram nas áreas nucleares da nova entidade, tendo-se denominando: **i**) Comissão de Promoção e Planeamento da Dádiva de Sangue e Células (CPPDSC); **ii**) Comissão de Comunicação e Marketing (CCM); **iii**) Comissão de Operacionalização e Organização de

Colheitas (COPOC); **iv**) Comissão de Articulação com as Entidades sem Fins Lucrativos de Promoção da Dádiva (CAESFLPD); **v**) e a Comissão de Acompanhamento Funcional Informático (CAFI) (ver, Anexo 1, Figura Anexos 2).

O design de investigação foi emergindo à medida que a implementação da investigação-ação “útil”, nos grupos adocráticos, foi evoluindo. Paralelamente, o “sensemaking” (Weick, 1995; Weick *et al.*, 2005) criado junto ao vértice hierárquico da entidade, legitimava a ação em desenvolvimento. Recordemos que “(...) o processo de sensemaking é fundamentalmente uma questão de comunicação” (2005:409)

No quadro da referida investigação-ação, o nosso nome integrou todas as cinco comissões como elemento dinamizador. Porém, somente em duas delas fomos nomeados elemento interno dos referidos grupos. Tal circunstância, teve como consequência direta sermos apenas convocados para as comissões, em cujo despacho a nomeação nos referia como elemento interno, *i.e.*, nas comissões CPPDSC e CCM, doravante designadas, comissão de promoção e comissão de marketing. De notar, que as restantes comissões, ou nunca reuniram, ou não consentiram a nossa convocação na sua agenda.

O espaço de desenvolvimento da investigação-ação, decorrente da recusa da estrutura matricial em aceitar a nossa participação, no seio das outras três comissões, provocou um afunilamento do campo de investigação. Porém, tal não foi a única circunstância. O acesso às duas áreas nucleares da instituição (sangue e transplantação), teoricamente fusionadas, mas na prática, mantidas em separado pelo CD, não foram autorizadas para o desenvolvimento da nossa atuação. A restrição total à área da transplantação, em todas as suas competências orgânicas, foi traçada pelo líder do CD, em dezembro de 2012, a toda a equipa universitária, e já subsequentemente ao processo de matricialização da estrutura. De igual modo, nenhum registo foi autorizado na referida área por parte de qualquer um dos elementos da equipa da universidade. Fomos mantendo a acessibilidade no terreno atinente à área do sangue, porém, apenas nas competências orgânicas da promoção da dádiva e da colheita. Esta última, estritamente em relação à colheita supletiva decorrente das campanhas de promoção criadas pela comissão e complementares à planificação anual nacional, da entidade (ver, Anexo 1, Tabela Anexos 1).

Atendendo às restrições acima evocadas, a investigação-ação teve o seu curso no seio das referidas comissões. Ao longo do seu desenvolvimento, porém, fomos uma vez mais restringidos na nossa ação e no acesso aos dados, mas junto da comissão de marketing.

Efetivamente, a dinâmica observada nas duas comissões em que cada ator no seu sistema concreto de ação organizacional, com recurso às respetivas fontes de poder e sistemas de alianças, nos termos de Crozier e Friedberg (1977), apenas permitiria que um dos grupos funcionasse de acordo com a fórmula matricial proposta de desenvolvimento de saberes diferenciados por resposta a objetivos inscritos.

Reportando-nos à dinâmica da comissão de marketing, apenas acrescentaríamos que desde a primeira reunião, e ao longo de toda a nossa intervenção na entidade, ficou clara a opção da líder e da maioria dos elementos da comissão de marketing pela continuidade do paradigma da produção do serviço de dádiva, assente nos princípios do marketing transacional, opondo-se a uma nova abordagem de coprodução com o dador, passível de ser introduzida através dos princípios do “marketing relacional” e da abordagem multidisciplinar fortemente influenciada pela “(...) gestão da qualidade, com o seu foco na qualidade percebida pelo cliente e na noção de cliente interno (...)” (Antunes e Rita, 2009:39).

O propósito desta comissão seria por um lado, o estudo das necessidades do mercado de consumos de componentes orgânicos, nomeadamente, de sangue, e por outro a inventariação da capacidade instalada destas unidades reservando a instituição para a ação supletiva da colheita. A par destes objetivos, esta deveria apoiar a entidade com a produção de materiais de comunicação adequados aos propósitos inscritos na proposta matricial, em complementaridade face às restantes equipas. Os nossos esforços a este respeito revelaram-se inconsequentes, não tendo colhido junto da líder deste grupo, a necessidade identificada pelo CD da investigação-ação “útil”, acima referida. Foram efetuadas reuniões ao longo de um período de sete meses, com uma regularidade quinzenal, no momento inicial e mensal após o mês de março de 2013, num total de nove reuniões para as quais fomos convocados, nós e o aluno de *PhD*. *A posteriori* soubemos que outras reuniões se realizaram, sem que tenhamos sido convocados, no âmbito do mandato desta comissão. No decorrer das nove reuniões em que procuramos participar ativamente, constatamos o enquistamento de pensamento dos seus elementos no paradigma da planificação *a priori* à ação, cuja resultante foi a elaboração de um plano de marketing, sem qualquer operacionalização subsequente ou impacto no resultado “útil” definido pelo CD: **i)** recrutamento de novos dadores; **ii)** aumento da regularidade da dádiva, **iii)** incremento da fidelização à dádiva, **iv)** notoriedade da marca e do “goodwill” da entidade.

3.2.3.4. O Objeto de Estudo e o Registo dos Dados

A comissão de promoção foi a única que acolheu, sem restrições, os propósitos da investigação-ação elencados. Esta proporcionou uma alternativa de abordagem ao planeamento e à operação tradicional e profundamente enraizada na promoção da atividade de colheita de sangue, com uma reorientação para o dador, na coprodução do serviço de dádiva.

Este grupo foi em consequência extremamente sensível à hipótese emergente da necessidade de aprofundamento da coprodução com o dador, inspirado no marketing relacional. Efetivamente era importante encontrar uma alternativa à isenção das taxas moderadoras no SNS para dadores regulares, como benefício tangível oferecido pela entidade.

A alternativa consistiu em procurar, através de benefícios de promoção de saúde a todos os dadores, potenciais e efetivos, associado à medição e monitorização dos principais parâmetros clínicos, durante a triagem de dadores. Os benefícios para a saúde do universo de dadores seriam assim percebidos como inestimáveis, com efeitos a médio e longo-prazo na promoção da saúde e prevenção de doenças (*e.g.*, cardiovasculares), destes. Acresce que estes benefícios, nenhum custo acrescentavam para a organização, elevando contudo o impacto potencial sobre a comunidade, com expressão no incremento da fidelização dos dadores (potenciais e efetivos), bem como no aumento do seu envolvimento e do “goodwill” da entidade.

A ação de “enactment” (Weick, 1979; 2001) “quasi-simultânea” (Leone, 2010) entre a conceptualização e a realização decorre da atuação conduzida na comissão de promoção subjacente ao processo de inovação, durante os nove meses em que pode atuar complementarmente ao planeamento da entidade, através da criação de novas sessões de colheita associadas a campanhas de promoção da dádiva. As opções estratégicas assumidas nas ações de promoção desenvolvidas pela comissão incorporaram a necessidade de mudança de paradigma na instituição, de modo a desapoderar-se da centralidade na produção ou na colheita, pressionada pela emergência da procura do mercado. As campanhas desenhadas em parceria com os diversos *stakeholders* contrariaram essa tendência, reorientando a comunicação para o envolvimento e o foco na coprodução com o dador, permitindo-lhe desenvolver uma disponibilidade consciente e regular assente num incremento da literacia da dádiva, como forma de ganhar a regularidade e a correção de possíveis desvios.

Foram produzidas ações de investigação-ação que refletem as áreas de intervenção da comissão de promoção. Estas não se esgotaram porém nas campanhas supletivas às falhas de

planeamento de colheita, assentes na rotina instalada no terreno, tendo-se estendido à noção de construção da disponibilidade cidadã e voluntária da dádiva (ver, Anexo 2, Tabela Anexos 2).

No âmbito da comissão de promoção, as reuniões eram realizadas quinzenalmente, com todos os seus cinco elementos. Foram igualmente feitas reuniões semanais envolvendo-nos a nós e a coordenadora da comissão, e na maioria das vezes, outro dos elementos do grupo de trabalho. Assim, ao longo desta intervenção podemos definir, temporalmente, uma atuação de 12 meses corridos, entre o início de dezembro de 2012 e o final de dezembro de 2013, com um mês de intervalo (agosto), para gozo de férias. No total realizaram-se 24 reuniões formais com todo o grupo de trabalho, e um mínimo de 48 reuniões semanais com a coordenação da comissão. A liderança do grupo pertencia a uma médica hematologista em relação a mais quatro elementos: uma assistente social, duas licenciadas em comunicação social e nós próprios, licenciados em psicologia com experiência na área da promoção da saúde, intervenção em diferentes processos de mudança organizacional, entre estas em organizações de saúde.

A incidência da ação estratégica da comissão diretamente nas competências da promoção e da colheita da entidade, a nível nacional, mantiveram-se até setembro de 2013. A partir dessa altura, o CD da entidade considerou, estarem reunidas as condições para que a eficácia até então obtida fosse continuada, mas por mero recurso a uma tecnologia móvel. Com o apoio de uma fundação nacional, e a partir dos interlocutores da comissão de marketing, a entidade desenvolveu uma aplicação de natureza interativa para “smart phones”, com o objetivo de cruzar potenciais dadores com as sessões de colheitas programadas e ativas, numa extensão do próprio “call-center” mas mais apelativo e com jogos. A aplicação seria disponibilizada de forma geral e gratuita, mediante inscrição num “site” em concreto. Os princípios da tangibilidade do marketing encontravam-se, uma vez mais, subjacentes no incentivo à disponibilidade de dádiva, premiando o dador com medalhas, virtuais.

Em todas as reuniões em que participámos, o registo sistemático das interações, ações, incidentes, avanços e recuos, etc., foi assegurado pelo estudante de *PhD* no âmbito da sua observação não-participante (registo constituiu o diário de investigação), libertando-nos para a condução da dinamização da estratégia emergente de ação. A sua presença assegurou, o nosso distanciamento e a objetividade da perceção face aos eventos que se sucediam no terreno de investigação, em linha com as preocupações de Eden e Huxham (2003) em não nos deixarmos

conduzir demasiadamente pela pressão para a ação e o sucesso desta, diretamente proporcional às necessidades de colheita de sangue, pela referida entidade.

3.2.3.5. Reflexão sobre o Método de Investigação-Ação: Impacto, Considerações e Limitações

O nosso problema de investigação emergiu da própria investigação-ação, *i.e.*, da utilidade sentida pela entidade, e da nossa própria percepção da utilidade da investigação na procura da compreensão acerca da dinâmica da dádiva de sangue, levou-nos a apresentar e analisar dados em dois momentos, para os compararmos em seguida entre si, lançando luz sobre o que de facto aconteceu no período em que a nossa investigação-ação teve lugar.

No caso presente este é um problema que decorre da ação do investigador interventor, sendo justificável a definição desta dissertação enquanto investigação empírica (Silverman, 2005:37).

O objeto desta tese em concreto situa-se ao nível do trabalho de uma das comissões, nomeadamente, a comissão de promoção, já amplamente justificado, e concretamente as quatro campanhas principais desenvolvidas no ano em referência cujo propósito se inscreve na abordagem matricial de cruzamento de objetivos e saberes e da criação de uma filosofia de rede em que a promoção da dádiva funcionasse como a criadora de lógica para esta mesma rede, inscrevendo, pelo mesmo processo, o cidadão-dador nas estruturas de saúde, através de uma vigilância e promoção da sua saúde.

3.2.4. Dados Estudados e Métodos de Recolha usados em cada Universo de Dados

A investigação-ação decorreu no último trimestre de 2012 e durante todo o ano de 2013, perfazendo um total de 16 meses de intervenção. Os dados estudados nesta dissertação referem-se aos 12 meses de intervenção (dezembro 2012 a dezembro 2013) na comissão de promoção com impacto na inversão da sazonalidade das colheitas de sangue, em dois períodos, conhecidos.

Tendo obtido o acesso ao terreno e definido o objeto da nossa investigação-ação útil, atendendo às contingências e necessidades expressas pela entidade, nos termos anteriormente descritos, os dados estudados e a caracterização dos respetivos instrumentos de recolha, apresentam-se em seguida, em cada um dos pontos de universos de dados: **i)** o universo de dados da comunicação institucional da entidade referente aos anos de 2012 e de 2013; **ii)** o

universo de dados da comunicação das campanhas em parcerias, criada pela comissão de promoção durante o ano de 2013; **iii**) e, o universo de dados recolhidos em 2013, junto de dadores e potenciais dadores de sangue, de um amostra da população de estudantes universitários, com origem e nacionalidade portuguesas.

3.2.4.1. Universo de dados da comunicação institucional da entidade (Anos 2012 e 2013)

Os dados analisados, relativos ao universo da doravante designada “comunicação institucional”, foram retirados de três suportes comunicacionais, nomeadamente: **i**) o grupo dos cartazes das tradicionais campanhas de verão relativas aos anos de 2012 – dois cartazes inaugurais de apresentação pública da nova entidade – bem como, quatro cartazes da campanha de 2013; **ii**) o folheto informativo “Torna-te Dador”, igualmente lançado em 2012, à data da fusão; **iii**) e duas mensagens enviadas por SMS, direcionadas a dadores específicos selecionados da base de dados de dadores, uma de convocação e outra de apelo, consoante a situação face ao planeamento habitual e desconcentrado das campanhas de colheita de sangue. Os referidos elementos podem ser consultados e visualizados no Anexo 3, Tabela Anexos 3. A entidade era assessorada por uma empresa de comunicação que criou os meios de comunicação publicados, nesses anos, e que são nesta dissertação analisados.

3.2.4.2. Universo de dados das Campanhas em Parcerias criadas pela Comissão de Promoção (Ano 2013)

A pesquisa dos dados sobre a comunicação com diversos parceiros, criada pela comissão de promoção desde a sua conceptualização, foi extraída de quatro campanhas de promoção da dádiva, implementadas no ano de 2013, a nível nacional. Esta comunicação foi integralmente produzida pela comissão de promoção, no âmbito da investigação-ação. Esta amostra de dados selecionada para fins empíricos na presente dissertação, pertence a um universo de ações mais vastos e abrangentes, conforme já acima se referiu e que não se esgotam nestas quatro campanhas (ver, Anexo 4, Tabela Anexos 4).

Na impossibilidade em analisarmos todos os materiais de comunicação e promoção desenvolvidos com os parceiros, no período temporal já atrás definido, selecionamos as quatro campanhas que pela sua inovação e dimensão proporcionaram um forte impacto na inversão da sazonalidade da dádiva, nos períodos críticos do carnaval e do verão, cuja resultante foi a equalização da curva de tendência de dádiva de sangue, durante o ano de 2013. Os dados analisados foram assim extraídos das campanhas (ver, Anexo 4, Tabela

Anexos 4), denominadas: **i**) Circuito Hospitalar (Figura Anexos 6); **ii**) Campanha Danacol (Figura Anexos 7); **iii**) Campanha Time-Out (Figura Anexos 8); **iv**) e Campanha Immochan/Grupo Auchan (Figura Anexos 9).

A primeira campanha concebida pela comissão de promoção constituiu o “balão de ensaio” do novo paradigma emergente da promoção da dádiva de sangue na entidade, através da ação de experimentação de envolvimento do dador e do potencial dador de sangue, numa estratégia de coprodução do serviço, (Osborne *et al.*, 2012). Esta foi lançada a nível nacional, em parceria com todas as unidades de prestação de cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente hospitais (públicos e privados) sem serviços de colheita, denominando-a “Circuito Hospitalar” (ver, Anexo 4, Tabela Anexos 4, Figura Anexos 6). O critério nacional foi consolidado nesta ação e estendido a todas as campanhas lançadas *a posteriori*, no ano de 2013.

Inspirando-nos, diretamente, da ideia de serviço de saúde como experiência e perceção de benefício, a comissão associou a mensagem solidária ao benefício de saúde percebido pelos dadores de sangue, através do destaque dado à determinação e monitorização dos parâmetros de avaliação clínica dos principais fatores de risco para a doença cardiovascular, realizada a todos os potenciais dadores, durante a triagem clínica (ato médico gratuito a todos os que se apresentem à dádiva de sangue). A mensagem consistia em: “Dar Sangue Pode Diminuir o seu Risco Cardiovascular: Dê Sangue, Viva Melhor”.

A sua amplificação teve como princípios orientadores os seguintes: **i**) benefícios de saúde aos dadores; **ii**) esclarecimento do imaginário social de dadores e potenciais dadores de sangue, levantados a partir de autoexclusões, dúvidas e mitos, entre outros, captados pela comissão de promoção através das chamadas do “call-center” e sessões de colheita; **iii**) e promoção da literacia da dádiva de sangue através da sensibilização, nomeadamente: da importância da regularidade; os rácios de consumo hospitalares médios/dia; cross-selling sangue/medula óssea *e.g.*, alertando para a necessidade de sangue dos doentes transplantados/a aguardar transplante.

As demais campanhas criadas pela comissão, em particular as outras três que se analisam nesta dissertação, tiveram sempre estes princípios como guias e a criatividade inspirada na declinação destas mensagens, repetidas ao longo do ano de 2013, sempre assentes numa relação orientada para as necessidades e expectativas dos dadores e potenciais dadores de sangue.

3.2.4.3. Universo dos dados recolhidos junto a uma amostra de estudantes universitários (Ano 2013)

De modo complementar à investigação-ação desenvolvida na comissão de promoção, decidimos ainda investigar as representações de estudantes universitários, acerca da dádiva de sangue, por método de *focus* grupo (Kamberelis e Dimitriadis, 2011). Inspirámo-nos no estudo de Grassineau, Ducourneau e Chiaroni (2007) acerca das perceções a apelos à dádiva de sangue junto de comunidades migrantes, residentes em França. O estudo recorria, igualmente, ao método de *focus* grupos. Conduzimos dois estudos num Instituto de uma Universidade, em Lisboa, com alunos de origem e nacionalidade portuguesas, com intervalo de oito meses (fevereiro e outubro 2013), entre estes.

A escolha deste universo não foi aleatória e decorreu de diferentes constatações no decorrer da nossa investigação-ação.

Efetivamente, a instituição considerava, tradicionalmente, a população universitária acessível nas sessões de colheita porém, tal só se verificava no decurso dos períodos letivos. De tal forma, sempre que as férias e ou épocas de exame a impossibilitava, atribuíam-se a esta circunstância a eventual quebra nas colheitas, a nível nacional. Esta atribuição de causalidade linear justificativa da sazonalidade da dádiva era mencionada de forma transversal no discurso espontâneo das pessoas da instituição. Porém o paradoxo em análise da disponibilidade em períodos letivos e da sua indisponibilidade fora destes, não era questionado e, aparentemente admitia-se como natural, a simultaneidade deste comportamento, sem se procurar aprofundar as razões da dádiva e da não dádiva. No ano de 2013, este público-alvo foi definido pelo CD como prioritário, propondo o incremento em número de novos dadores (captar e recrutar), e em número de dadores regulares (fidelizar).

A comissão de promoção tendo como atribuição primeira criar sessões de colheita complementares ao planeamento anual estabelecido, e na medida em que este último já incorporava a maioria das universidades nas suas ações de colheita, importava compreender o fenómeno subjacente à estagnação constatada na curva de crescimento desta população-alvo.

De acordo com Kamberelis e Dimitriadis (2011), o método escolhido possuía as virtualidades que nos importava captar: **i)** o mapa cognitivo do grupo estudado, com base na exploração das perspetivas individuais e representações de cada um acerca da temática da dádiva de sangue; **ii)** e, os *focus* grupos, pela sua ação prismática permitiriam ver, simultaneamente, o todo e as partes. Tal amplitude revelou-se-nos especialmente adequada na

pesquisa de questões de elevada complexidade, como se afigurou o caso da dádiva de sangue. Ainda na linha dos autores citados (2011) a tríplice valência do método em referência, nomeadamente, o seu potencial político, de investigação e formativo era para nós crucial, particularmente no que se refere às suas duas últimas valências com vista a uma melhor coprodução, com o cliente.

Os dados que neste contexto se exploram constituem as representações dos estudantes universitários, entrevistados, acerca da temática da dádiva de sangue. Importa referir, que os dados levantados nos dois *focus* grupos se analisam em conjunto, nesta dissertação, sendo a unidade de análise o grupo e não o indivíduo. Conforme expectável, o forte desconhecimento desta temática junto desta amostra e, igualmente as respostas dadas ao Inquérito dos *Focus* Grupos (ver, Anexo 5, Questionário Anexos 1), que se referem no ponto da análise de dados e de resultados, confirmaram a homogeneidade dos dois grupos, em todas as perguntas, podendo-se assim trabalhar as transcrições em conjunto, mapeando as representações desta amostra de estudantes universitários, acerca da dádiva de sangue, de modo agregado. A análise conduzida pretendia-se exploratória e indutiva.

Os *focus* grupos foram realizados a dois grupos de oito estudantes universitários cada, com recurso a gravação áudio, subsequente transcrição e sujeita a análise de conteúdo por método indutivo.

O recrutamento da amostra de estudantes foi feito por docentes do Instituto na Universidade, em Lisboa, onde as entrevistas focadas tiveram lugar. Garantimos que os docentes não lhes transmitiriam qualquer referência ao tema, de modo a obtermos um mapa cognitivo o mais liberto possível de “efeitos de desejabilidade social”, numa matéria sensível e de forte cariz antropológico associada a crenças, mitos, tabus, valores, comportamentos, conhecimentos e juízos *a priori*.

A participação dos estudantes foi voluntária e não remunerada, tendo cada um dos 16 participantes integrado uma única vez, cada *focus* grupo.

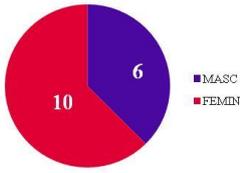
Cada grupo de estudantes foi encaminhado para uma sala da mesma instituição universitária, preparada para o efeito, onde se sentaram em volta de mesas dispostas em “u”, e todos de frente para os investigadores. Os dois *focus* grupos foram conduzidos por nós e áudio-gravados pelo estudante de *PhD* após consentimento de todos os participantes. Foram, igualmente, retiradas notas complementares acerca de alguns aspetos que poderiam não ser suscetíveis de serem captados pela gravação. O primeiro *focus* grupo foi realizado em

fevereiro de 2013, a oito estudantes universitários e o segundo *focus* grupo foi conduzido em outubro do mesmo ano, com um número equivalente de participantes, realizado de acordo com um guião de perguntas abertas (ver Anexo 6, Guião Anexos 1), de modo a induzir uma ampla liberdade de discussão, sem contudo se desviarem do enfoque da pesquisa.

Previamente à realização de cada *focus* grupo propriamente dito, os participantes responderam a um breve questionário (ver Anexo 5, Questionário Anexos 1) dividido em duas partes, a primeira contemplando uma figura (Anexo 5, Figura Anexos 10), composta por logotipos de organizações de saúde portuguesas, dispostas em círculo e de forma aleatória, com o intuito de avaliarmos a notoriedade da marca da entidade e a sua posição face a outras marcas equivalentes. A segunda parte, era constituída por questões de caracterização sociodemográfica dos estudantes e perguntas sobre o seu conhecimento, experiência ou contacto com a dádiva de sangue.

A amostra final foi considerada de conveniência, apresentando-se 16 estudantes nos dois *focus* grupos, de um universo total de 100 estudantes, de duas turmas de 50, cada.

Tabela 4 – Tabela da caracterização sociodemográfica da amostra de estudantes: Dois Focus Grupos

Caracterização da amostra de estudantes: Dois <i>Focus</i> Grupos		
N	16	
Idade	Idade	
	Média	24
	Min.	19
	Max.	43
Sexo	<p style="text-align: center;">Sexo</p>  <p style="text-align: center;">10 6</p> <p style="text-align: right;">■ MASC ■ FEMIN</p>	
	<p>Habilitações Literárias 16 estudantes com frequência do ensino superior universitário (nível 6 – CITE 2011)</p>	

Conforme a Tabela 4 acima, participaram um total de 16 estudantes (N=16) no conjunto dos dois *focus* grupos; a média de idade desta amostra foi de 24 anos, situada entre um mín. de 19 anos e um máx. de 43 anos de idade; 10 dos 16 estudantes era do sexo feminino e seis do sexo masculino; e todos eles apresentaram habilitações literárias ao nível da frequência do ensino superior (nível 6 – CITE 2011).

Em síntese, os dados extraídos dos três tipos de amostras dos universos acima descritos foram recolhidos através de instrumentos, acima já caracterizados (suportes de

comunicação em dois dos casos e questionário e entrevistas de *focus* grupo, no terceiro caso), e irão ser analisados de acordo com a abordagem indutiva de análise de conteúdo com vista ao exercício da comparabilidade entre eles. A leitura de reunião dos dados analisados, para dela se extrair a comparabilidade possível, assentou na abordagem de mapas cognitivos como recomenda Weick e Bougon (2001).

No ponto seguinte, apresentamos o procedimento da análise de dados, retirados dos três universos de dados.

3.3. Procedimento de análise dos dados

Os dados extraídos das três amostras acima identificadas, referentes aos universos igualmente, acima descritos, foram analisados de acordo com uma abordagem qualitativa e indutiva. Esta análise foi realizada pelo método de análise de conteúdo indutiva, seguindo as recomendações de Elo e Kyngas (2007), que propõem a extração de categorias de análise “(...) derivadas dos dados a partir de uma análise de conteúdo, indutiva (2007:109).”

A opção por uma análise de conteúdo indutiva aos dados ou unidades de registo selecionados, quer a partir das peças de comunicação institucional, quer da comunicação subjacente às campanhas com os parceiros, e ainda, das entrevistas de *focus* grupos (*verbatim*), justifica-se na medida em que não partimos de uma codificação fechada ou “grelha-prévia”, tendo contudo atenção de modo a não incorreremos no “indutivismo simplista”, conforme alerta Silverman (2005).

A revisão de literatura realizada para identificação de possíveis estudos de taxonomias adequadas à investigação acerca do alinhamento de mapas cognitivos organizacionais, com o dos três públicos-alvo, tendo em vista a coprodução do serviço de dádiva de sangue com características de regularidade, em Portugal, revelou-se claramente insuficiente. Tal situação encontra-se em linha com o que Bednall e Bove (2011) levantaram numa meta-análise de “146 estudos” através de uma combinação de palavras-chave, entre as quais, “sangue”, “dádiva”, “motivação”, “atitude”, “comportamento”, “intenção”, “altruísmo” (2011:318), entre outras. Se por um lado este estudo nos colocava a necessidade, em Portugal, de partirmos para a realização de um estudo exploratório, ele é suficientemente rico para nos ter possibilitado comparar as categorias emergentes da nossa análise indutiva com as constantes no referido estudo. Sempre que verificámos uma aproximação entre elas, aproveitou-se a designação, mas adaptando-as à realidade organizacional e da dádiva nacionais, tal como nós a conhecíamos.

Acresce, que das três amostras de dados, este estudo (2011) ajudou-nos a suportar, principalmente, a categorização dos conteúdos dos *focus* grupos aos estudantes universitários, o que correspondeu a cerca de um terço do total das categorias identificadas. Já nas amostras dos suportes comunicacionais, o apoio deste mesmo estudo foi menor, tendo-nos suportado, igualmente, em autores da abordagem do marketing em organizações não lucrativas e de marketing relacional (Andreasen e Kotler, 2003; Antunes e Rita, 2009), bem como, da teoria da perceção da qualidade, de Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), popularizado sob a designação de “SERVQUAL”. Inspiramo-nos ainda de Grönroos (2006; 2011) e da lógica do serviço subjacente à abordagem de marketing na criação de valor através da coprodução mediada (interface).

O trabalho de categorização encontra-se descrito de forma exaustiva no Anexo 7, Tabela Anexos 5 – Memória Descritiva de Indicadores, Categorias e Dimensões da Comunicação Institucional e da Comunicação de Parcerias, derivada por Método Indutivo – e, no Anexo 10, Tabela Anexos 8 – Memória Descritiva de Indicadores, Categorias e Dimensões das Representações da dádiva de sangue, derivada por Método Indutivo. Os títulos destas tabelas são integrados no corpo do texto, dada a sua relevância para a análise de dados e de resultados, que se apresenta no capítulo seguinte.

Estas tabelas (ver, Anexos 7 e 10, Tabelas Anexos 5 e 8, respetivamente) refletem o método de análise de conteúdo indutivo seguido a partir das “unidades de registo” selecionadas do *verbatim*, as quais se organizam em: codificação de “indicadores” ou “subcategorias de análise” e sua definição; condensação destes em “conceitos” ou “categorias de análise” e sua definição; e, agregação das categorias em “temas gerais”, “unidades de contexto de análise” ou “dimensões de análise” que representam o culminar do processo de abstração para que se possa conduzir uma análise teoricamente informada.

A nomenclatura usada segue Graneheim e Lundman (2004) que procederam a uma revisão de literatura, tendo fixado os termos por nós usados. Nesta dissertação adotamos, por esta ordem, a seguinte terminologia: “unidades de registo”; “indicadores”; “categorias” e “dimensões”.

As figuras 1 e 2 abaixo ilustram o processo da análise indutiva por nós seguido na emergência da codificação quer dos conteúdos relativos às amostras dos universos de dados da comunicação (figura 1), quer das representações dos estudantes (figura 2).

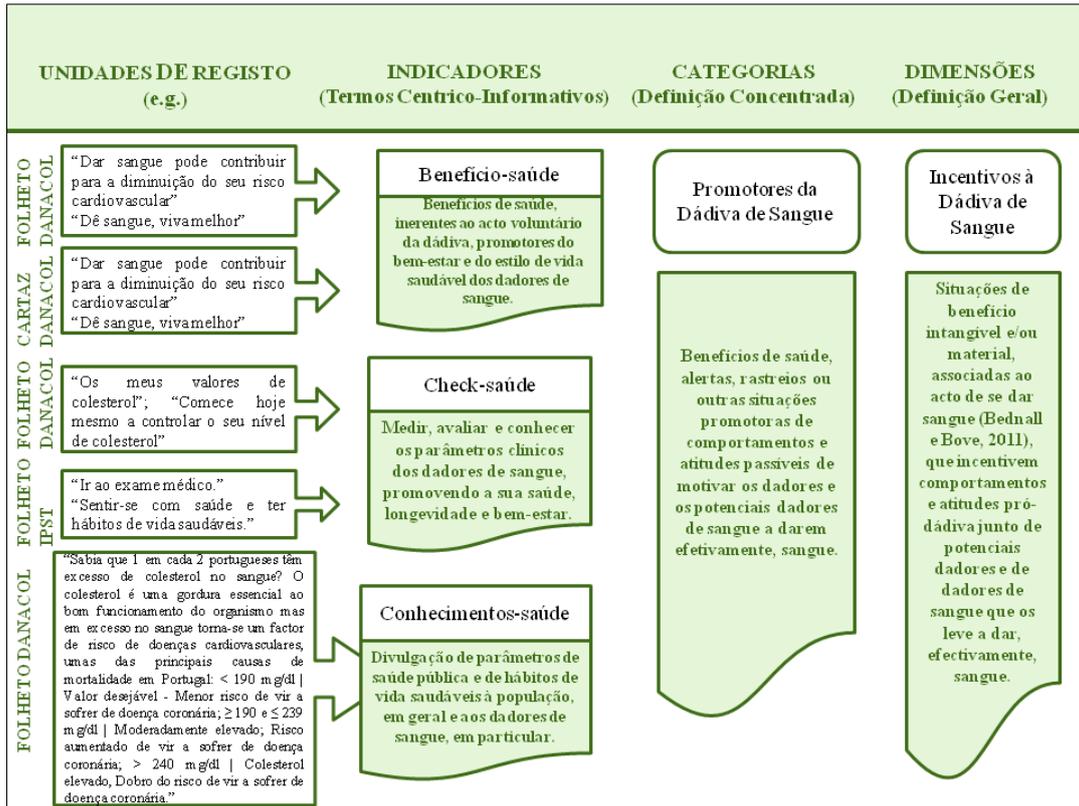


Figura 1 – Processo de codificação (análise indutiva) aos meios de comunicação institucional e das campanhas com parceiros

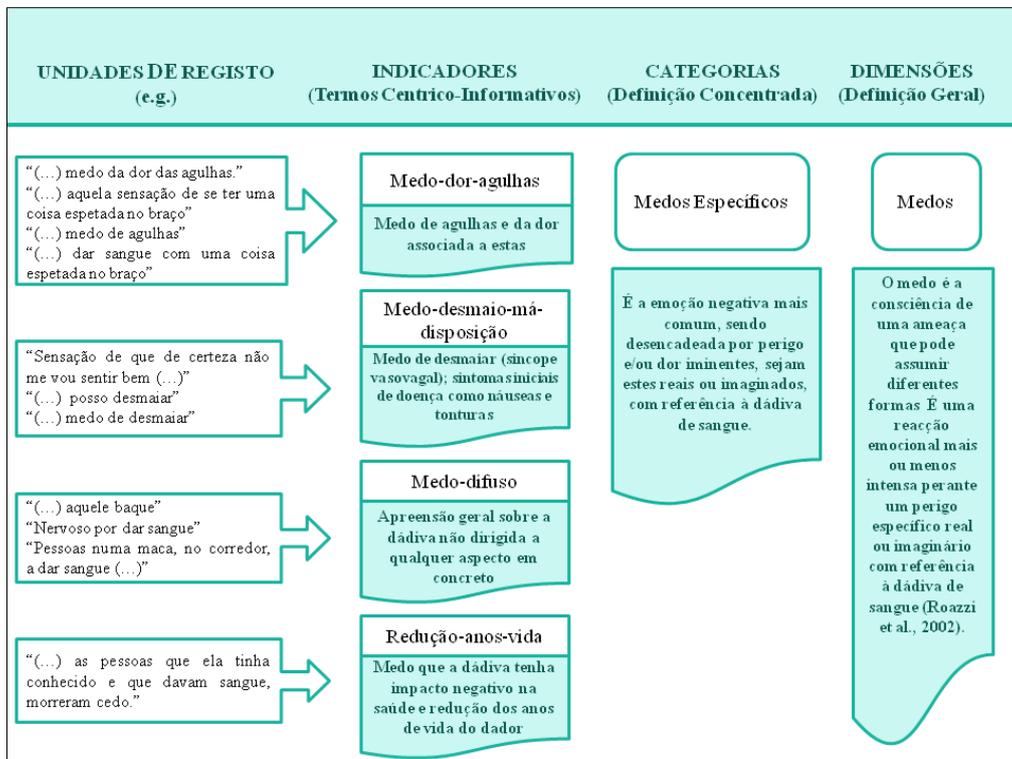


Figura 2 - Processo de codificação (análise indutiva) às representações dos estudantes universitários

Os suportes comunicacionais (institucional e parcerias) e as entrevistas em profundidade (*focus grupos*) constituem-se como as “unidades de registo”, retiradas dos respetivos conteúdos e do *verbatim*, que de acordo com Graneheim e Lundman (2004) devem ser “(...) suficientemente grandes para serem consideradas como o todo e suficientemente pequenas para serem mantidas em mente como o contexto da unidade de significado durante o processo de análise” (2004:106). De acordo com estes autores (2004), o processo de codificação retoma as unidades de registo e promove a sua transformação em “indicadores”; a destilação ou condensação destes em “categorias”, e a abstração desta condensação na agregação em “dimensões”.

O processo seguiu o caminho indutivo de “iluminação progressiva dos dados”, conforme defendido por Silverman (2005:179) inspirando-se nos trabalhos pioneiros de Glaser e Strauss (1967), a partir da indução de indicadores, a saturação em categorias e, a generalização em dimensões, também conhecido pela técnica de “afunilamento” dos dados e de *focus* progressivo no trabalho de terreno (*idem*).

Todo este processo foi conduzido de modo cuidadoso e iterativo a fim de não perdermos a riqueza do conteúdo, por um lado, e podermos comparar cada uma das amostras às restantes, por outro. Neste sentido, Graneheim e Lundman (2004), parafraseando Van Maanen (1990), referem que se deve evitar a objetivação em todo o processo da análise qualitativa como forma de se conseguir manter, permanentemente a possibilidade de interpretação dos conteúdos, ou seja, “um tema descreve um aspeto da estrutura da experiência” (2004:107). É por esta razão, concluem os autores, que indicadores, categorias ou dimensões não podem ser considerados objetos ou coisas, mas relações e tensões ou paradoxos, interpretáveis.

Desenvolvendo agora as fases do processo de análise indutiva, em primeiro lugar, procuramos induzir diferentes indicadores a partir das unidades de registo (conteúdos e *verbatim*), codificando-os com descritores retirados dos conteúdos dos suportes de comunicação e das entrevistas, em número e especificidade suficientes para o nosso propósito de elaboração dos mapas. Gioia, Corely e Hamilton (2012:20) denominou-os “termos informativo-centricos” e Graneheim e Lundman (2004) que igualmente guiam esta análise, sugerem a realização de uma “descrição próxima dos termos dos textos” (p.108, 2004).

Em segundo lugar, os indicadores foram agrupados em “unidades condensadas de significado” com a mesma interpretação de conteúdo denominadas como categorias, sem uma preocupação de teorização ou generalização das mesmas (2004).

Por último, estas foram agrupadas em dimensões de análise abrangentes, e que se constituem como a base de abstração para alicerçar uma interpretação teórica da análise dos resultados (Graneheim e Lundman, 2004), a desenvolver na análise, conforme propõem Gioia e Chittipeddi (1991) e Gioia *et al.* (2012).

A totalidade das análises de conteúdo foi elaborada com apoio de um “software” de análise qualitativa, o MAXQDA versão 10. O mérito deste “software” para o nosso trabalho traduziu-se numa maior sistematização e garante do processo de iteração sem perda de informação pertinente na indução da codificação final - estabilizada nas Tabelas Anexos 5 e 8 dos Anexos 7 e 10, suprarreferidas) – e por outro, conseguir uma quantificação, em frequências absolutas, por grupo de amostra e por variável ou seja, indicadores, categorias e dimensões.

Os outputs deste trabalho analítico de quantificação em frequências são apresentados em três tabelas anexos, que se organizam por grupo de amostra. São estas a Tabela Anexos 6 (ver, Anexo 8); a Tabela Anexos 7 (ver, Anexo 9); e a Tabela Anexos 9 (ver, Anexo 11).

Importa acrescentar, enfim, que o método analítico foi apoiado e revisto por outros dois investigadores, treinados nesta metodologia, e que assim suportaram a fiabilidade da categorização indutiva, em linha com o que Bardin (1987) defende, ou seja, o “método de juízes”.

A apresentação da análise dos dados, no ponto seguinte desta tese, e uma vez explicitado o processo de análise de conteúdo por método indutivo, segue a mesma lógica, *i.e.*, primeiramente definem-se os indicadores que conferem uma leitura circunstanciada, relevando-se as frequências que lhes subjazem, em seguida expomos as categorias delas condensadas, e finalmente situamos as dimensões enquanto realidade mais abrangente.

Em síntese, primeiramente, apresentamos a análise dos dados referentes aos conteúdos extraídos das amostras dos suportes comunicacionais já identificados, *i.e.*, a comunicação institucional e a comunicação das campanhas com os parceiros, tendo nós conseguido aproximar os resultados dos dois processos de codificação, como ilustra a Tabela Anexos 5 do Anexo 7. Neste sentido, os dados que se explanam são entre si comparáveis nos indicadores,

categorias e dimensões emergentes, bem como, quantificáveis com base nas respetivas frequências apuradas.

Em segundo lugar, expomos a análise dos dados referentes ao *verbatim* dos *focus* grupos cuja categorização tendo seguido o mesmo processo resultou igualmente, em indicadores, categorias e dimensões diferentes, mas aproximáveis e naturalmente quantificáveis nas respetivas frequências apuradas (ver, Anexo 9, Tabela Anexos 7).

A fim de se poder, finalmente, proceder a uma comparação entre as realidades emergentes das três amostras - observando assim o primado científico da comparabilidade entre estes estudos, seguimos, a recomendação de Weick e Bougon (2001) de produzir mapas cognitivos de síntese compreensiva a fim de reagrupar a informação analítica em torno de dois pares de eixos ortogonais - à imagem dos eixos cartesianos usados na interpretação de mapas geográficos. Inspirando-nos em autores que, igualmente, assim procederam, nomeadamente, Weick e Bougon (2001), Quinn e Rorbaugh (1983) e Rockeach (1973), propomos a sustentação desses eixos em dois pares de valores contrastantes, que vão procurar refletir a revisão teórica e a missão da organização.

São estes eixos que vão procurar enquadrar os indicadores, categorias e dimensões em mapas cognitivos comparáveis, entre si.

IV. ANÁLISE DE DADOS E DE RESULTADOS

No presente capítulo analisamos os dados recolhidos por pesquisa multimétodo, durante a investigação-ação qualitativa anteriormente relatada, enquadrada pela abordagem interpretativista-constitutivista, igualmente naturalista, que orientou todo o processo. A análise de dados e de resultados que em seguida se expõe compreende duas fases: **i)** a primeira é a apresentação analítica dos indicadores, categorias e dimensões emergentes e respeitantes aos suportes comunicacionais da instituição (2012 e 2013) e dos suportes comunicacionais com parceiras (2013); **ii)** e a segunda é a relativa ao *verbatim* dos *focus* grupos, com idêntica análise dos indicadores, categorias e dimensões emergentes.

4. Apresentação do Procedimento e Análise de Dados

Conforme já referido anteriormente, todas as análises de conteúdo elaboradas aos suportes comunicacionais institucionais e com as parcerias; e as entrevistas de *focus* grupo, foram apoiadas pelo “software” de análise de dados qualitativos MAXQDA, versão 10. Destas extraímos diferentes outputs: **i)** tabelas de frequências; **ii)** matrizes; **iii)** nuvens de palavras e **iv)** mapas percutuais. Para o corpo do texto, seleccionamos aqueles, que pelo seu poder explicativo, complementam a análise de dados.

Apresentamos, em primeiro lugar, a análise documental da comunicação institucional e a análise à comunicação desenvolvida com as parcerias. Conforme já anteriormente referido, por razões de proximidade de tipos de suportes analisados e pelo facto da grelha de leitura indutiva ter emergido com uma base conceptual comum, estas duas análises apresentam-se no mesmo ponto.

Seguidamente, expomos a análise às representações sobre a dádiva de sangue, levantadas junto dos dois grupos de estudantes universitários, antecedidas pela análise de dados aos questionários passados à mesma amostra. Por último referem-se os dados das campanhas.

4.1. Análise de Conteúdo: Comunicação Institucional e Comunicação de Parcerias

Apresentamos, em seguida, a análise de conteúdo realizada em torno de dois universos de promoção e de comunicação da dádiva de sangue, que aqui procuramos distinguir e nomear como o conjunto da comunicação institucional e o universo da comunicação das parcerias.

4.1.1. Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação Institucional e Comunicação em Parcerias”

A análise de conteúdo aos dois grupos de suportes comunicacionais (campanhas institucionais; campanhas parcerias) permitiu-nos codificar três indicadores de análise, a saber, o “Benefício-saúde”, o “Check-saúde” e o “Conhecimentos-saúde”. Os descritores criados são de tipo informativo-centriscos de modo a refletir uma descrição tão próxima do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 7, Tabela Anexos 5).

A categoria “Benefícios Percebidos Dádiva Sangue” emergiu da condensação dos indicadores anteriores. O processo de abstração deu origem à dimensão ou unidade de contexto geral por nós designada “Incentivos à Dádiva Sangue” definido como “(...) benefício intangível e/ou material, associadas ao ato de se dar sangue (Bednall e Bove, 2011) passível de incentivar dadores e potenciais dadores de sangue a dar efetivamente sangue, preferencialmente, de forma regular”. Este constructo parece poder ser medido, nesta amostra em particular, a partir da categoria e dos indicadores acima referidos (ver, Anexo 7, Tabela Anexos 5).

Para os dois universos de suportes comunicacionais, a presente dimensão registou 11 frequências absolutas nos indicadores que a constituem na comunicação das parcerias (ver Anexo12, Tabela Anexo 11), mas apenas um único registo absoluto na comunicação institucional (Anexo12, Tabela Anexos 10; Figura Anexos 11). Os indicadores que mais frequências absolutas registaram na comunicação das parcerias foram “Conhecimento-saúde” (5) e “Benefícios-saúde” (4), (ver Anexo12, Tabela Anexos 11). A relevância temática dos indicadores subjacentes à dimensão comunicada em parcerias é perceptível pelo mapa da figura 3, em baixo.

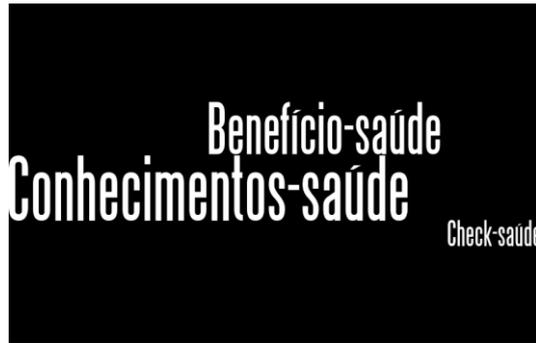


Figura 3 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação Parcerias

Nos diferentes suportes comunicacionais institucionais, apenas o indicador “Benefício-saúde” foi referido, num de entre os quatro suportes analisados (Anexo 12, Tabelas Anexos 12); já nos suportes da comunicação com parcerias, os três indicadores surgem referidos, mas igualmente, em apenas um dos quatro suportes analisados (Anexo 12, Tabelas Anexos 13)

4.1.2. Dimensão “Motivação Pró-Social”

A análise de conteúdo realizada de modo indutivo aos dois universos de suportes comunicacionais permitiu-nos destilar dois indicadores de análise, definidos de modo tão próximo do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 7, Tabela Anexos 5). O indicador “Consciência-individual” condensou-se na categoria de análise “Altruísmo” e o indicador “Bem-estar-sociedade” na categoria “Coletivismo Social”. Em conjunto, consubstanciam a dimensão de análise “Motivação Pró-social”. Os indicadores e categorias estão definidos na Tabela Anexos 5 (Anexo 7). A dimensão de análise “Motivação Pró-social” representa o “Desejo de ter um impacto positivo noutras pessoas ou no coletivismo social através da dádiva de sangue” (ver, Anexo 7, Tabela Anexos 5).

A comunicação institucional registou, 10 frequências absolutas, oito destas em torno do indicador “Bem-estar-sociedade” (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 14). A relevância temática destes indicadores é perceptível no mapa da Figura Anexos 12 (Anexo 12).

A Comunicação em parcerias registou sobre a mesma dimensão cinco frequências absolutas, três das quais no indicador “Consciência-individual” (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 15) A relevância temática do referido indicador é perceptível no mapa da Figura Anexos 13 (Anexo12).

O indicador “Bem-estar-sociedade” surge referido em dois dos quatro suportes da comunicação institucional (ver Anexo 12, Tabela Anexos 16). A matriz da dimensão em

análise revela que o indicador “Consciência-individual” é referido em três dos quatro suportes de comunicação em parcerias (ver Anexo 12, Tabela Anexos 17).

4.1.3. Dimensão “Valores Pessoais”

A análise de conteúdo realizada de modo indutivo aos dois universos de suportes comunicacionais dimanou na codificação de um único indicador de análise identificado, apenas nos meios de comunicação institucional: “Dever-obrigação” (ver, Anexo 7, Tabela Anexos 5). Este condensou-se na categoria de análise “Normas Morais Pessoais” cuja dimensão de análise foi representada por “Valores Pessoais”. As respetivas definições encontram-se no Anexo 7, Tabela Anexos 5.

A dimensão de análise “Valores Pessoais” traduz-se pelas “Ideias que um indivíduo considera que valem a pena, encorajando ao comportamento de dádiva”. Este constructo, só surge na comunicação institucional. Registou duas frequências absolutas em torno do indicador “Dever-Obrigaçõ” (Anexo 12, Tabela Anexos18).

Considerando os diversos suportes comunicacionais institucionais, o indicador surge apenas num dos quatro suportes analisados (Anexo 12, Tabela Anexos19).

4.1.4. Dimensão “Perceção das Normas Sociais”

A análise de conteúdo realizada de modo indutivo aos dois universos de suportes comunicacionais deu origem à codificação de um único indicador de análise, identificado apenas nos meios de comunicação institucional: “Exemplo-grupos-referência”. Este condensou-se na categoria de análise “Normas Descritivas” cuja dimensão de análise foi representada por “Perceção das Normas Sociais”.

A dimensão de análise “Perceção Normas Sociais” é definida como as “Expectativas, obrigações e sanções, ancoradas nos grupos sociais de referência, e o impacto destes no comportamento de cada um relativamente à dádiva de sangue”. (ver, Anexo 7, Tabela Anexos 5).

Na comunicação institucional registaram-se duas frequências absolutas em torno do indicador “Exemplo-grupos-referência” (Anexo 12, Tabela Anexos 20).

Nos diversos suportes comunicacionais institucionais, o indicador surge num dos quatro suportes analisados (Anexo 12, Tabela 21).

4.1.5. Dimensão “Mensagens Promocionais”

A análise de conteúdo realizada de modo indutivo aos dois universos de suportes comunicacionais (campanhas institucionais e campanhas em parceria) permitiu-nos codificar cinco indicadores de análise, a saber, “Informação-factos”, “Informação-factos-temporários”, “Coping-medos”, “Emoção-desejo-convicção” e a “Experiência-motivação”. Os descritores criados são de tipo informativo-centricos de modo a refletir uma descrição tão próxima do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (Anexo 7, Tabela Anexos 5).

As categorias emergiram da condensação dos indicadores anteriores. Assim, os três primeiros indicadores referidos agruparam-se em torno da categoria “Comunicação Cognitivo-racional”. De referir, que o indicador “Informação-factos-temporários” só surgiu na comunicação com parcerias. O indicador “Emoção-desejo-convicção” adensou-se na categoria “Comunicação Afectivo-Relacional” e o indicador “Experiência-motivação” na categoria que denominámos “Comunicação Conativo-motivacional”.

O processo de abstração dimanou na dimensão por nós designada “Mensagens Promocionais” definido como “Mensagens promocionais da dádiva de sangue de cariz motivacional (através da experiência); emocional (valores, convicções e sentimentos alicerçados nas emoções) e cognitivo (informações fundamentais sobre a dádiva de sangue e estratégias de coping, passíveis de ajudar as pessoas a lidar com a informação complexa e potencialmente indutora de medos, mitos, tabus e crenças); dirigidas a dadores, potenciais dadores de sangue e população em geral. Procuram recrutar e fidelizar dadores, de modo regular, à causa.”. Este constructo parece poder ser medido, nesta amostra em particular, a partir da categoria e dos indicadores acima referidos (ver, Anexo 7, Tabela Anexos 5).

Para os dois universos de suportes comunicacionais, a presente dimensão registou 43 frequências absolutas nos indicadores da comunicação institucional (ver Anexo 12, Tabela 22) e 53 frequências na comunicação com parcerias (ver Anexo 12, Tabela Anexos, 23). Em ambos os grupos, o indicador com mais frequências absolutas foi o da “Informação-factos” com 25 frequências absolutas na comunicação institucional e 21 na comunicação em parcerias. O indicador “Coping-medos” tem uma forte presença na comunicação com parcerias, com 13 frequências absolutas, sendo ainda de referir seis referências no indicador “Informação-factos-temporários” (Anexo 12, Tabela Anexos 23).

A relevância temática dos indicadores da dimensão “Mensagens Promocionais” na comunicação em parcerias é perceptível pelo mapa da figura 4, em baixo. No anexo 12 (ver Figura Anexos 14) encontra-se o mapa de relevância temática da comunicação institucional.



Figura 4 – Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Mensagens Promocionais”: Comunicação Parcerias

Referimo-nos apenas à comunicação com as parcerias, na análise dos indicadores, nela presente na medida em que na comunicação institucional há grande dispersão das frequências (ver Anexo 12, Tabela Anexo 24). Na comunicação com parceiras, o indicador “Informação-factos” emergiu em todos os suportes comunicacionais; e o da “Emoção-desejo-convicção”, também (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 25).

4.1.6. Dimensão “Acessibilidade aos locais de Colheita de Sangue”

A análise de conteúdo realizada aos dois universos de suportes comunicacionais (institucional; parceria) permitiu-nos codificar cinco indicadores de análise: “Centros-IPST”, “Atendimento-contactos”, “Atendimento-horários”, “Hospitais-recolha” e “Campanhas-recolha”. Todos os descritores criados procuraram refletir uma descrição tão próxima do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (Anexo 7, Tabela Anexos 5).

As categorias emergiram da condensação dos indicadores anteriores. Assim, os três primeiros indicadores referidos agruparam-se em torno da categoria “IPST”; o indicador “Hospitais-recolha” adensou-se na categoria “Hospitais” sendo de referir que esta só emergiu nos suportes de comunicação institucional e, por último, o indicador “Campanhas-recolha” agrupou-se na categoria que denominámos “Campanhas-recolha”. O processo de abstração originou a dimensão ou unidade de contexto geral por nós designada “Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue” definido por “Identificação das acessibilidades aos diversos locais de colheita de sangue, promovidos pela entidade reguladora *de per se* ou em parceria com hospitais ou outros parceiros da sociedade civil.” (Anexo 7, Tabela Anexos 5). Este

constructo parece poder ser medido, nesta amostra em particular, a partir da categoria e dos indicadores acima referidos

Nos dois universos de suportes comunicacionais, a presente dimensão registou 16 frequências absolutas nos indicadores da comunicação institucional (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 26) e nove frequências na comunicação em parcerias (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 27). Em ambos os grupos, o indicador com mais frequências absolutas registadas foi o dos “Centros-IPST” divulgados nos suportes analisados. No universo da comunicação institucional, os indicadores das acessibilidades respeitantes a “Atendimento-Horários” e “Atendimento-contactos” surgem com quatro frequências, cada. A relevância temática destes indicadores é perceptível pelos mapas das figuras 5 e 6, em baixo.



Figura 5 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Acessibilidade aos locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Institucional



Figura 6 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Acessibilidade aos locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Parcerias

Os indicadores codificados surgem muito dispersos nos suportes da comunicação institucional e de parcerias conforme se verifica nas tabelas matriz anexas (Tabela Anexos 28 e 29). O indicador “Centros-IPST” da comunicação institucional, apesar de ser o mais referenciado, regista as suas frequências em dois dos quatro suportes comunicacionais institucionais, analisados (Tabela Anexos 28).

4.1.7. Dimensão “Envolvimento e Goodwill IPST, IP”

A análise de conteúdo realizada aos dois universos de suportes comunicacionais resultou na codificação de dois indicadores de análise, apenas identificados nos meios de comunicação com parcerias: “Envolvimento” e “Relevância-missão”. Estes condensaram-se na categoria de análise “Missão IPST” cuja dimensão foi representada por “Envolvimento e Goodwill IPST”. As respetivas definições encontram-se no Anexo 7, Tabela Anexos 5.

Esta dimensão de análise representa as “(...) a capacidade de envolvimento de dadores e de potenciais dadores de sangue com a marca IPST através do seu goodwill, *i.e.*, com o valor da sua marca representativa do todo organizacional sem se confundir com um ativo ou uma parte desta. Sendo intangível, o goodwill representa o valor atribuído em virtude das suas atitudes favoráveis, a sua reputação, o seu posicionamento, a boa “governance”, o relacionamento favorável com dadores e potenciais dadores, parceiros, colaboradores e da política de responsabilidade social com a comunidade” (Anexo 7, Tabela Anexos 5).

O constructo por nós identificado na comunicação com parcerias, registou oito frequências absolutas, seis das quais, em torno do indicador “Envolvimento” (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 30).

O indicador mais frequente surge referido em três dos quatro suportes analisados (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 31).

4.1.8. Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”

A análise de conteúdo efectuada aos dois universos de suportes comunicacionais permitiu-nos codificar indicadores diferentes, por tipo de suporte. Assim, na análise da comunicação institucional codificámos os indicadores “Segurança-pós-dádiva”, “Segurança-pré-dádiva”, “Processo-dádiva”, “Elegibilidade”, “Compatibilidade” e “Unidade-sangue”. Na análise da comunicação com parcerias, alguns indicadores repetiram-se e foram assim identificados: “Segurança-pós-dádiva”, “Segurança-pré-dádiva”, “Inibição-temporária”, “Elegibilidade” e “Terapêutica-sangue”. Todos os descritores criados procuraram refletir uma descrição tão próxima do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 7, Tabela Anexos 5).

As categorias emergiram da condensação dos indicadores anteriores. Assim, na comunicação institucional, os três primeiros indicadores agruparam-se em torno da categoria “Colheita de Sangue”; o indicador “Elegibilidade” adensou-se na categoria “Dador Sangue” e

os dois últimos na categoria “Dádiva Sangue”. Na comunicação em parcerias os dois primeiros indicadores agruparam-se em torno da categoria “Colheita de Sangue”; os dois indicadores seguintes na categoria “Dador Sangue” e o indicador “Terapêutica-sangue” na categoria “Dádiva Sangue”. O processo de abstração das diferentes categorias dimanou na dimensão por nós designada “Conhecimentos sobre Sangue”. Esta dimensão foi definida como “Conhecimentos gerais sobre a temática da dádiva de sangue, nomeadamente, métodos de colheita de sangue, componentes, validade e aplicabilidade terapêutica do sangue, e ainda, acerca dos requisitos de elegibilidade e conselhos de segurança pré e pós dádiva, de sangue, a observar por todos os dadores”. Este constructo parece poder ser medido, nesta amostra em particular, a partir da categoria e dos indicadores acima referidos (ver, Anexo 7, Tabela Anexos 5).

Para os dois universos de suportes comunicacionais, a presente dimensão registou 31 frequências absolutas nos indicadores da comunicação institucional (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 32) e 20 frequências na comunicação em parcerias (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 33). Regista-se uma grande dispersão de frequências pelos diferentes indicadores codificados, em ambos os grupos, a qual é perceptível nos mapas de relevância temática figuras 7 e 8, em baixo.



Figura 7 – Mapa Relevância Temática Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Institucional



Figura 8 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Parcerias

Os indicadores codificados concentraram-se em apenas num dos quatro suportes comunicacionais, de cada universo de comunicação analisados (ver Anexo 12, Tabelas Anexos 34 e 35).

4.1.9. Dimensão “Divulgação da Necessidade Contínua de Dádiva de Sangue”

A análise de conteúdo efetuada aos dois universos de suportes comunicacionais (institucional; parcerias) resultou na codificação um indicador de análise, presente apenas nos suportes de comunicação com parcerias: “Comunicação-necessidade-sangue” Este adensou-se em torno da categoria de análise “Necessidade Contínua Sangue” cuja dimensão de análise foi designada por “Divulgação da Necessidade Contínua Dádiva Sangue”. As respetivas definições encontram-se no Anexo 7, Tabela Anexos 5. A referida dimensão de análise traduz-se por “Divulgação da necessidade contínua de dádiva de sangue face aos consumos de componentes sanguíneos diários, nos hospitais.”

Esta dimensão registou seis frequências absolutas e a sua totalidade concentrou-se em torno do indicador “Comunicação-necessidade-sangue” (Anexo 12, Tabela Anexos 36).

O referido indicador emergiu em todos os suportes comunicacionais, analisados (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 37).

4.1.10. Dimensão “Comunicação e Marketing”

A análise de conteúdo realizada aos dois universos de suportes comunicacionais (institucional; parcerias) permitiu-nos codificar oito indicadores diferentes, que representam os meios utilizados na divulgação da comunicação, analisada. Assim, foram identificados os seguintes indicadores: “RP-face-a-face”, “E-mail-redes-sociais”, “Folhetos”, “Outdoor-muppies-roll-up-cartaz”, “Tv-rádio-imprensa”, “Parceria-danacol”, “Parceria-time-out” e “Parceria-immochan”. Todos os descritores criados procuraram refletir uma definição tão próxima do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (Anexo 7, Tabela Anexos 5).

As categorias emergiram da condensação dos indicadores anteriores. Os três primeiros indicadores agruparam-se em torno da categoria “Marketing Directo”; o indicador “Outdoor-muppies-roll-up-cartaz” e o indicador “Tv-rádio-imprensa” que apenas emergiram na comunicação de parcerias adensaram-se na categoria “Publicidade”. Os três últimos indicadores nomeados com o prefixo parcerias, agruparam-se na categoria com a mesma designação, “Parcerias”.

O processo de abstração das diferentes categorias dimanou na dimensão ou unidade de contexto geral por nós designada “Comunicação e Marketing” definida como “Utilização de ferramentas promocionais na sensibilização, recrutamento e fidelização de dadores, potenciais dadores de sangue e público em geral, tais como, publicidade, relações públicas, promoção e marketing direto e/ou on-line”. (ver Anexo 7, Tabela Anexos 5). Este constructo parece poder ser medido, nesta amostra em particular, a partir da categoria e dos indicadores acima referidos

A presente dimensão registou 11 frequências absolutas nos indicadores da comunicação institucional (ver Anexo 12, Tabela Anexos 38) e 13 frequências na comunicação com parcerias (ver Anexo 12, Tabela Anexos 39). Registou-se uma grande dispersão das frequências pelos diferentes indicadores codificados, em ambos os grupos, perceptível pelo respetivos mapas de relevância temática (ver, Figuras 9 e 10), em baixo. Não obstante, é possível perceber que na comunicação com parcerias os indicadores “RP-face-a-face” e “E-mail-redes-sociais” foram os que maior número de frequências absolutas, reuniram (três), cada um (ver, Figura 10).

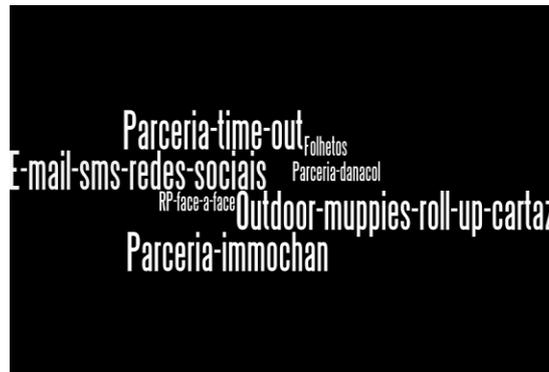


Figura 9 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Institucional



Figura 10 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Parcerias

Na comunicação institucional, os indicadores codificados apresentaram elevada dispersão das frequências absolutas pelos quatro suportes (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 40).

Na comunicação com parcerias, os indicadores mais referenciados foram também os que revelaram maior consistência, *i.e.*, os indicadores “RP-face-a-face” e “E-mail-redes-sociais” emergiram em três dos quatro suportes analisados (ver, Anexo 12, Tabela Anexos 41).

4.2. Análise de dados relativos à representação da dádiva: *Focus* grupos

4.2.1. Análise dos questionários realizados aos estudantes: *Focus* grupos

A análise aos questionários respondidos pelos dois *focus* grupos, de oito estudantes universitários cada (N=16), apresentados previamente à condução deste revelou, de acordo com o Anexo 13, Tabela Anexos 42, que o conhecimento e/ou comportamento da amostra de estudantes face à dádiva de sangue, se poderia considerar homogéneo.

Efetivamente, face a um conjunto de logotipos de organizações de saúde nacionais, distribuídos em círculo de forma aleatória, apenas um em 16 reconheceu o logotipo da entidade, como organização de saúde que em 3º lugar melhor (re)conhece (Anexo 13, Tabela Anexos 42, Figura Anexos 18). Face ao mesmo conjunto de logotipos os 16 estudantes da amostra reconheceram as organizações de saúde constitutivas do universo da nova entidade e ela própria, como as que menos conhecem ou desconhecem de todo (Anexo 13, Tabela Anexos 42, Figura Anexos 19). Dos 16 estudantes, com exceção de um, todos admitiram conhecer ou já ter contactado com campanhas de dádiva/colheita de sangue (Anexo 13, Tabela Anexos 42, Figura Anexos 20). Quando questionados em pergunta aberta sobre conteúdos que recordariam desse conhecimento/contacto revelaram total ausência de ideia sobre os mesmos e apenas três dos 16 escreveram palavras avulsas tais como, “vida” e “sangue” (Anexo 13, Tabela Anexos 42). Face à mesma amostra, à pergunta qual o espaço que primeiramente lhes ocorreria para efetuarem uma dádiva de sangue, apenas um em 16 referiu a entidade da dádiva, mas através de uma sigla não atual, tendo 11 referido hospitais (em geral; específicos e a Cruz Vermelha), três em centros de saúde/clínicas e apenas um se informaria junto da Internet (Anexo 13, Tabela Anexos 42, Figura Anexos 21). Perguntava-se ainda se já alguma vez tinham dado sangue e apenas quatro em 16 responderam afirmativamente (Anexo 13, Tabela Anexos 42, Figura Anexos 22), qual o local era a última questão formulada aos que tinham respondido afirmativamente à pergunta anterior, donde três disseram que o tinham feito em hospitais e apenas um na faculdade (Anexo 13, Tabela Anexos 42, Figura Anexos 23).

Os dados acima sustentam que, embora a amostra fosse constituída por oito alunos de uma turma de ensino pós-laboral e oito do ensino laboral, nenhuma diferença se revelou a este

nível, podendo falar-se de um conjunto homogêneo de 16 estudantes, face ao conhecimento e à experiência sobre a dádiva de sangue. Assim, partimos do pressuposto sustentado que as considerações que iriam ser levantadas por eles estavam no mesmo patamar de igualdade face à dádiva de sangue.

Em síntese, acresce que a notoriedade da instituição, na sequência de inúmeras (e dispendiosas) campanhas publicitárias, é quase nula; o “goodwill” da instituição não emergiu nem pela pergunta aberta sobre os conteúdos das mensagens das referidas campanhas, nem pela atratividade da entidade como possível local de dádiva. O hospitalocentrismo como dimensão central da representação de uma organização de saúde revelou-se patente nesta amostra, em diferentes perguntas.

4.3. Análise de dados relativos aos conteúdos subjacentes à representação: Focus grupos

4.3.1. Dimensão “Medos”

A análise de conteúdo realizada de modo indutivo às unidades de registo (*verbatim*) dos dois *focus* grupos permitiu-nos codificar quatro indicadores de análise diferentes: o “Medo-dor-agulhas”, o “Medo-desmaio-má-disposição”, o “Medo-difuso” e o “Medo-redução-anos-vida”. Os descritores criados são informativo-centricos, de modo a reflectir uma descrição tão próxima do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8).

A categoria “Medos Específicos” da dádiva de sangue emergiu da condensação dos indicadores anteriores. O processo de abstracção deu origem à dimensão ou unidade de contexto geral designada por “Medos”. Este constructo foi definido como “(...) a consciência de uma ameaça que pode assumir diferentes forma e/ou uma “(...) reação emocional mais ou menos intensa perante um perigo específico real ou imaginário”, que parece poder ser medido, nesta amostra em particular, a partir da categoria e dos indicadores acima referidos (Anexo 10, Tabela Anexos 8).

Em termos de frequências absolutas, a presente dimensão registou 11 referências aos indicadores que a constituem (ver, Anexo 14, Tabela Anexo 43), nos grupos focados. O *verbatim* da amostra de estudantes universitários observou a seguinte distribuição de frequências: quatro frequências absolutas no indicador “Medo-dor-agulhas”; e o indicador

“Medo-redução-anos-vida” contabilizou uma frequência. Tal relação de frequências é perceptível pelo mapa da figura 11, em baixo.

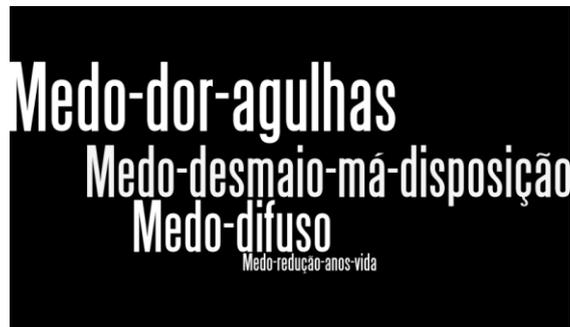


Figura 11 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Medos”

A matriz de relações dos dois grupos (ver, Anexo 14, Tabela Anexo 44) traduz um equilíbrio de presença de frequências nos quatro indicadores, dos dois grupos de discussão focada. Porém, o grupo 1 foi o que mais se referiu ao “Medo-dor-agulhas” e o grupo 2 não assinalou qualquer frequência no “Medo-redução-anos-vida”.

A figura 12, em baixo, representa o mapa percetual da dimensão “Medos” e as coocorrências entre esta e outras dimensões de análise, que emergiram ao longo da análise de conteúdo, realizada.

O mapa parece sugerir uma maior centralidade da coocorrência entre “Medo-dor-agulhas” e a “Falta-ambiente-design” dos cenários de colheita de sangue, usados nas universidades. Gravitam em torno desta coocorrência principal a manifestação de “Medo-difuso” e de “Sangue-total” (método mais habitual de dádiva de sangue), que parecem estar, igualmente, relacionadas com a “Falta-privacidade” e a “Frac-higienização” percebidas pelos inquiridos, em relação aos próprios cenários de colheita, criados durante as campanhas.

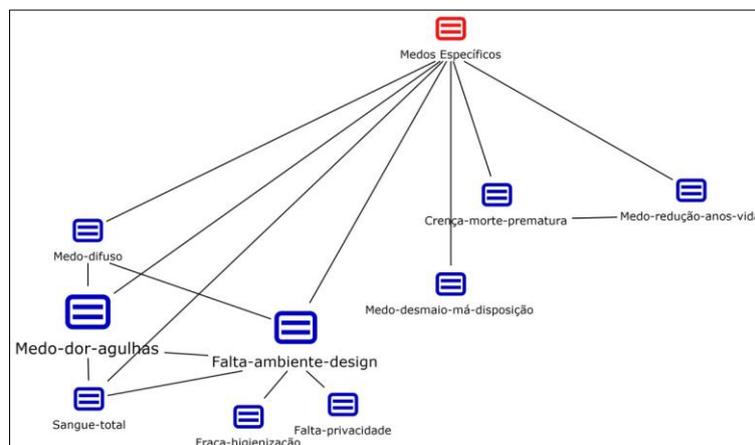


Figura 12 - Mapa Percetual da Dimensão “Medos”

4.3.2. Dimensão “Imaginário Social”

A análise de conteúdo efetuada aos discursos dos dois *focus* grupos permitiu-nos identificar quatro indicadores de análise que definimos com descritores tão próximos do conteúdo das unidades de registo, quanto possível São estes, a “Crença-morte-prematura”, o “Tabu-sangue”, o “Mito-banco-sangue” e o “Mito-sangue-ouro”. Por sua vez, estes condensam-se em torno de três categorias de análise, a saber, “Crenças”, “Tabus” e “Mitos” (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8).

As três categorias emergentes, criadas a partir dos indicadores atrás referidos, compõem a dimensão por nós designada por “Imaginário Social”, definido como o “Sistema de representações sociais constituído por crenças, tabus ou mitos baseado em simbolismos, premissas, convicção e preconceitos de todas as ordens (religiosas, psicológicas, culturais, sociais ou económicas) que organizam o que se considera certo e/ou expectável, numa dada cultura, sociedade ou grupo” (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8) Este constructo, parece poder ser medido a partir dos indicadores e das categorias acima referidos, nesta amostra de 16 estudantes, em particular.

Em termos de frequências absolutas, a dimensão “Imaginário Social” registou 12 referências, do *verbatim* dos grupos focados. De entre as categorias que a constituem, os “Mitos” registaram 10 frequências absolutas, nove das quais concentraram-se em torno do indicador “Mito-banco-sangue” (ver, Anexo 14, Tabela Anexo 45) A proporcionalidade temática dos indicadores mais presentes é perceptível pelo mapa da figura 13, em baixo.



Figura 13 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Imaginário Social”

A matriz de relações dos dois *focus* grupos (ver, Anexo 14, Tabela Anexo 46) revela que a dimensão “Imaginário Social” foi essencialmente focada no grupo 1, nos quatro

indicadores que constituem as suas três categorias de análise. O indicador “Mito-banco-sangue” foi o único indicador igualmente assinalado pelo grupo 2.

A figura 14, em baixo, revela o mapa percetual dos inquiridos acerca da dimensão “Imaginário Social”. Esta parece refletir uma forte centralidade do indicador “Mito-banco-sangue”. As coocorrências em torno deste indicador são reveladoras de uma representação alicerçada sobre “Boatos”, “Falta-consciência-necessidade-sangue” e do “Desconhecimento-validade-componentes” do sangue. Parece ser ainda de perceber que a coocorrência entre os indicadores “Mito-banco-sangue” e “Boatos” conduz a uma ideia de “Falta-consciência-necessidade-contínua-sangue”.

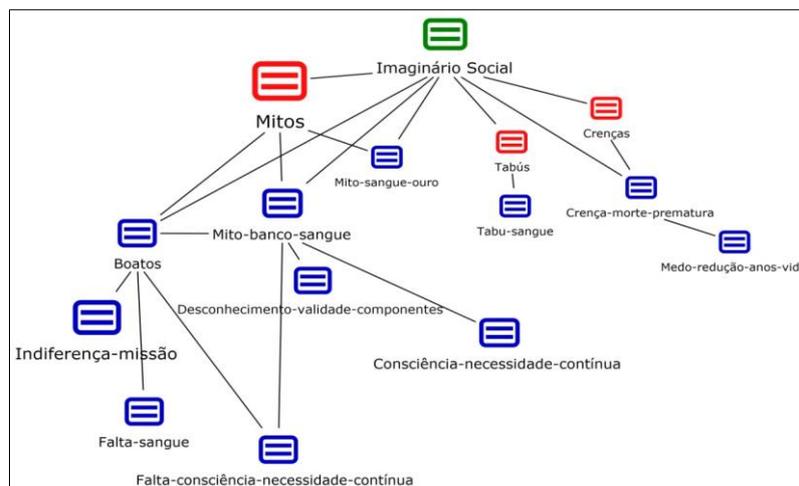


Figura 14 - Mapa Percetual da Dimensão “Imaginário Social”

4.3.3. Dimensão “Locais Colheita Sangue”

A análise de conteúdo realizada de modo indutivo às unidades de registo dos dois *focus* grupos permitiu-nos codificar oito indicadores de análise diferentes, que por sua vez se condensam em torno de quatro categorias de análise, subjacentes à dimensão de análise mais lata, e por nós denominada “Locais de Colheita de Sangue”. Todos os oito indicadores foram codificados de modo a refletir uma descrição tão próxima do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexos 10, Tabela Anexos 8).

Assim, três dos oito indicadores foram descritos como “IPST-Centros”, “IPST-Unidade-móvel” e “IPST-Campanhas-recolha”, os quais se agregam em torno da categoria de análise “IPST”. O indicador, “Cruz-vermelha-recolha”, condensa-se em torno da categoria “Cruz Vermelha Portuguesa”. Três outros indicadores, “Hospitais-recolha”, “Forças-Armadas-recolha” e “Estefânia-recolha”, organizaram-se em torno da categoria “Hospitais”, e

o último indicador, “Universidades-empresas-bombeiros-recolha”, condensa-se na categoria de análise “Outros locais” de colheita de sangue. (ver, Anexos 10, Tabela Anexos 8).

Este processo indutivo conduziu à abstração da dimensão de análise “Locais de Colheita de Sangue”, por nós definida como “(...) locais de colheita de sangue, promovidos pela entidade reguladora, hospitais outras instituições e/ou coletividades, referidos por dadores, potenciais dadores de sangue e população em geral”.

Em termos de frequências absolutas, a referida dimensão registou 17 menções no total dos discursos dos grupos focados (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 47). Os indicadores com maior peso absoluto foram “Hospitais-recolha” e “Universidades-empresas-bombeiros-recolha”, com cinco frequências, cada. Os restantes indicadores registaram apenas uma única frequência cada, exceção feita ao indicador “Estefânia-recolha” com duas. A relevância temática destes indicadores é perceptível pelo mapa da figura 15, em baixo.



Figura 15 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Locais Colheita Sangue”

A consistência dos dois indicadores que mais contribuíram para a dimensão “Locais Colheita Sangue” parece poder ser aferida pela matriz de relações dos dois *focus* grupos (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 48). Efetivamente, os indicadores “Hospitais-recolha” e “Universidades-empresas-bombeiros-recolha” foram referidos pelos grupos 1 e 2.

O mapa perceptual da dimensão “Locais Colheita Sangue”, em baixo (ver figura 16) parece sugerir uma maior centralidade do indicador “Hospitais-recolha”, na sequência da maior concentração de frequências na categoria “Hospitais”. As coocorrências encontradas para “Hospitais-recolha” sugerem uma representação dos estudantes associada a indicadores de serviço dos Hospitais, tais como, “Privacidade”, “Higienização” e “Segurança-confiança”.

Quanto ao indicador “Universidades-empresas-bombeiros-recolha”, as suas coocorrências com outros indicadores é mediada pela categoria “Outros Locais” de colheita

de sangue, o que nos remete para as “Parcerias-Institucionais” celebradas para efeitos de colheita, mas de igual modo, para uma coocorrência com a “Notoriedade-ausente” da missão e do “goodwill” da própria entidade nacional reguladora da colheita de sangue, em Portugal.

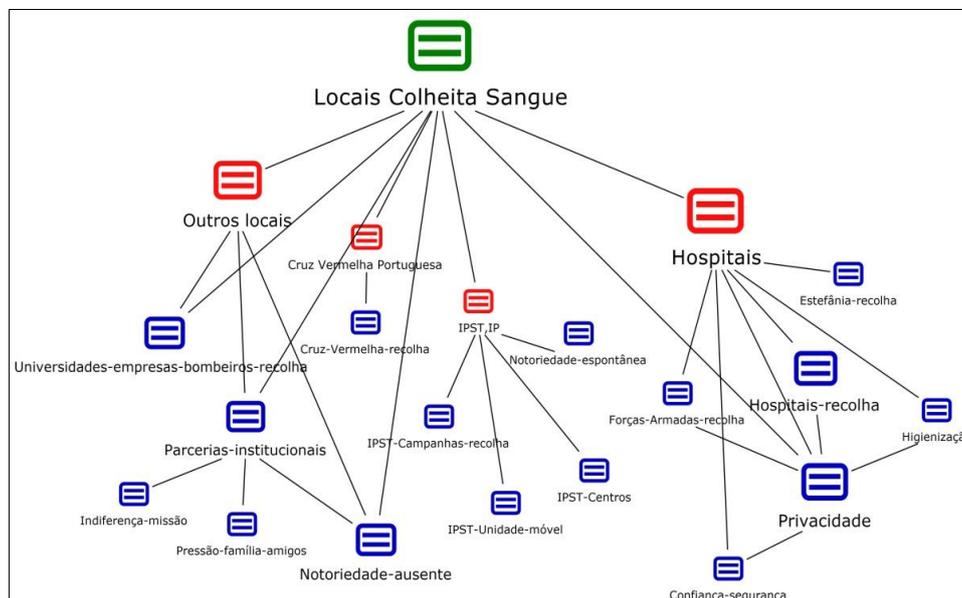


Figura 16 - Mapa Percetual da Dimensão “Locais Colheita Sangue”

4.3.4. Dimensão “Perceção Qualidade do Serviço: IPST”

A análise de conteúdo efetuada ao *verbatim* dos dois *focus* grupos permitiu-nos destilar seis indicadores de análise definidos com descritores tão próximos do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8), a saber, “Falta-ambiente-design”, “Falta-privacidade”, “Fracá-higienização”, “Imposição-recolha”, “Confiança” e “Frieza-impessoalidade”. Os três primeiros condensam-se em torno da categoria de análise “Espaços IPST”, o indicador “Imposição-recolha” agrega-se à categoria “Processo IPST”, e os dois últimos indicadores, acima referidos, associam-se à categoria “Profissionais IPST”. As definições de cada indicador e respetivas categorias encontram-se plasmadas na memória descritiva composta a partir das unidades de registo (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8).

As três categorias emergentes compõem a dimensão por nós designada como “Perceção Qualidade Serviço IPST”, e que nesta amostra, em particular, parece poder ser medida a partir das categorias e indicadores anteriormente referidos. Este constructo foi por nós definido como a “Perceção da qualidade do serviço de colheita de sangue promovido pelo IPST, avaliado pelos dadores e potenciais dadores de sangue, a partir da sua relação com

profissionais, espaços de colheita e a experiência com o serviço prestado (seja este informativo ou de colheita efetiva).”

A dimensão “Perceção Qualidade Serviço IPST” registou 24 referências, no total das frequências absolutas levantadas nos grupos focados. De entre as categorias que a constituem, os “Espaços IPST” concentraram 13 frequências absolutas, sete das quais sobre o indicador “Falta-ambiente-design”. A categoria em seguida mais referida pelos estudantes universitários, foi a dos “Profissionais IPST” com seis frequências absolutas, quatro das quais no indicador “Frieza-impessoalidade”. A “Imposição-recolha” relativa à categoria “Processo” concentrou cinco frequências (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 49). A relevância temática dos indicadores destilados da análise de conteúdo é perceptível no mapa da figura 17, em baixo.



Figura 17 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Perceção Qualidade Serviço IPST”

A consistência dos três indicadores que mais contribuíram para a dimensão “Perceção Qualidade Serviço IPST” parece poder ser aferida pela matriz de relações, dos dois *focus* grupos (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 50). Efetivamente, os indicadores “Falta-ambiente-design”, “Imposição-recolha e “Frieza-impessoalidade” foram referidos por ambos os grupos 1 e 2.

O mapa perceptual da dimensão “Perceção Qualidade Serviço IPST” na figura 18, em baixo parece sugerir uma maior centralidade do indicador “Falta-ambiente-design”, na sequência da maior concentração de frequências em torno da categoria “Espaços IPST”. As coocorrências em seu torno sugerem uma representação dos estudantes inquiridos, associada a uma percepção da qualidade do serviço tida por “Frac-higienização”, “Falta-privacidade”. O mesmo indicador “Falta-ambiente-design” parece potenciar o “Medo-dor-agulhas” e o “Medo-difuso”. As coocorrências do indicador “Frieza-impessoalidade” são mediadas pela categoria “Profissionais IPST”, que coocorre com a necessidade de “Relações-públicas-face-

a-face” dadas as referências expressas à experiência da “Imposição-recolha” do processo de prestação de serviço da entidade, quer seja de natureza informativa ou de colheita, efetiva.

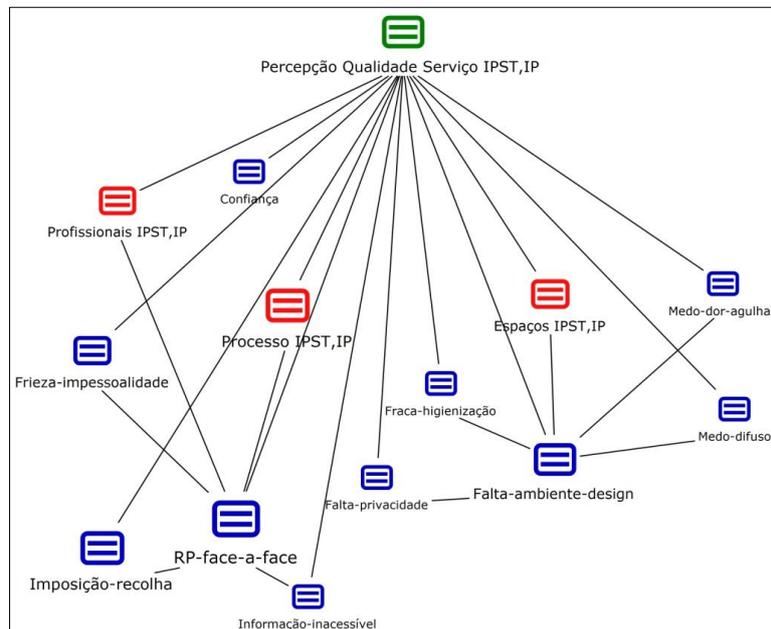


Figura 18 - Mapa Perceptual da Dimensão “Percepção Qualidade do Serviço: IPST, IP”

4.3.5. Dimensão “Percepção Qualidade do Serviço: Hospitais”

A análise de conteúdo efetuada aos discursos dos dois *focus* grupos permitiu-nos identificar seis indicadores de análise, codificados com descritores tão próximos do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8). São estes, “Confiança-segurança”, “Empatia”, “Privacidade”, “Higienização”, “Personalizado” e “Rapidez”. Os dois primeiros indicadores condensam-se em torno da categoria de análise “Profissionais Hospitais”, os dois seguintes agregaram-se na categoria “Espaços Hospitais”, e os últimos dois associaram-se à categoria “Processos Hospitais”.

As definições dos indicadores e respetivas categorias acima enunciados encontram-se plasmadas na memória descritiva, exarada a partir das unidades de registo (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8).

As categorias “Profissionais Hospitais”, “Espaços Hospitais” e “Processos Hospitais”, compõem a dimensão de análise por nós designada “Percepção Qualidade Serviço Hospitais”. Este constructo foi por nós definido como a “Percepção da qualidade do serviço de colheita de sangue promovido pelos Hospitais, avaliado pelos dadores e potenciais dadores de sangue, a partir da sua relação com profissionais, espaços de colheita e a experiência com o serviço prestado (seja este informativo ou de colheita efetiva)”.

Em termos de frequências absolutas, a referida dimensão registou 22 referências, no total dos discursos dos *focus* grupos, por nós analisados. A maior concentração de frequências absolutas verificou-se em torno da categoria dos “Profissionais Hospitais”, sete das quais no indicador “Confiança-segurança” dos profissionais, e quatro na “Empatia”. As categorias “Espaços Hospitais” e “Processo Hospitais” surgiram muito equilibradas, com seis e cinco frequências absolutas, respetivamente, havendo a destacar, em torno de cada uma delas, os indicadores da “Higienização” dos espaços (quatro) e o processo “Personalizado” (quatro) (ver Anexo 14, Tabela Anexos 51). A relevância temática destes indicadores destilados da análise de conteúdo é perceptível no mapa da figura 19, em baixo.



Figura 19 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Percepção Qualidade do Serviço: Hospitais”

A consistência dos indicadores que mais contribuíram para a dimensão em análise parece poder ser aferida pela matriz de relações dos dois *focus* grupos. Os indicadores “Confiança-segurança” e “Higienização” foram referidos por ambos os grupos 1 e 2, enquanto o indicador “Personalizado” foi apenas referido pelo grupo 1 (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 52).

O mapa perceptual da dimensão “Percepção Qualidade Serviço Hospitais”, em baixo (ver, figura 20) parece sugerir a centralidade do indicador “Personalizado”, relativa à categoria “Processo Hospitais”. A personalização do processo parece sugerir uma coocorrência com a “Confiança-segurança” dos inquiridos nos profissionais dos Hospitais. Por outro lado, o mapa revela-nos, igualmente, que o indicador “Higienização” é bastante transversal, coocorrendo quer com a categoria “Espaços Hospitais”, mas também com a categoria dos “Profissionais Hospitais” através da “Confiança-segurança”. A Higienização faz assim parte do serviço de saúde prestado pelo Hospital, mas igualmente, indissociável dos profissionais.

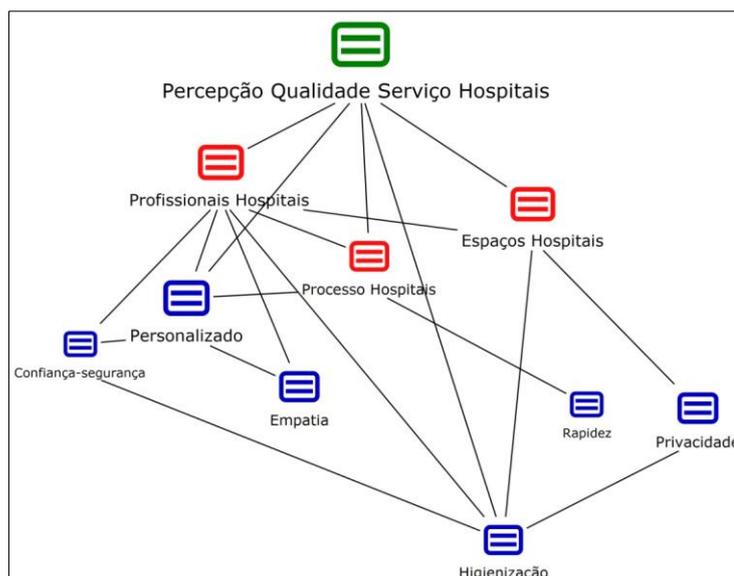


Figura 20 - Mapa Percetual da Dimensão “Percepção Qualidade do Serviço: Hospitais”

4.3.6. Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST”

A análise de conteúdo efetuada às unidades de registo de ambos os grupos focados permitiu-nos codificar quatro indicadores descritos de modo tão próximo do conteúdo das unidades de registo, quanto possível, a saber, “Indiferença-missão”, “Baixo-envolvimento”, “Notoriedade-ausente” e “Notoriedade-espontânea”. Os dois primeiros condensam-se em torno da categoria de análise “Missão IPST” e as restantes duas, associam-se à categoria “Marca IPST”. Estes indicadores e categorias parecem conseguir medir, nesta amostra em concreto, a dimensão de análise mais lata e por nós denominada “Envolvimento e Goodwill do IPST”. As definições encontram-se vertidas na memória descritiva do Anexo 10, Tabela Anexos 8.

A dimensão de análise “Envolvimento e Goodwill do IPST” foi por nós definida como “(...) a capacidade de envolvimento de dadores e potenciais dadores de sangue com a marca IPST através do seu goodwill, *i.e.*, do valor da marca representativa do todo organizacional (...). Sendo intangível, o goodwill da marca representa o valor atribuído em virtude de atitudes positivas, reputação, posicionamento, boa ‘governance’, relacionamento favorável com dadores e potenciais dadores, parceiros, colaboradores e política de responsabilidade social com a comunidade.”

Em termos de frequências absolutas, a referida dimensão registou 21 referências, no total dos discursos dos *focus* grupos, por nós analisados. A maior concentração de frequências absolutas verificou-se em torno da categoria dos “Missão IPST” com 14 frequências absolutas, com oito frequências no indicador “Indiferença-missão” e seis referências no

indicador “Baixo-envolvimento” e participação da população em geral no reconhecimento e prossecução da missão do IPST. A categoria “Marca IPST” emergiu com sete frequências absolutas, destacando-se, nomeadamente, o indicador “Notoriedade-ausente”(ver, Anexo 14, Tabela Anexos 53). A relevância temática destes indicadores, destilados da análise de conteúdo é perceptível no mapa da figura 21 em baixo.



Figura 21 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST”

A consistência de dois dos três indicadores que mais contribuíram para a dimensão em análise parece poder ser aferida pela matriz de relações, dos dois *focus* grupos. Os indicadores “Indiferença-missão” e “Baixo-envolvimento” foram referidos por ambos os grupos 1 e 2. A categoria “Marca IPST” apesar de bastante referenciada nomeadamente através do indicador “Notoriedade-ausente”, apenas o grupo 2 registou frequências no discurso dos grupos focados (ver Anexo 14, Tabela Anexos 54).

O mapa perceptual da dimensão “Envolvimento e Goodwill IPST” em baixo (ver, figura 22) parece sugerir uma maior centralidade em torno dos indicadores “Indiferença-missão” em coocorrência com o “Baixo-envolvimento”, que é outro indicador que compõe a categoria “Missão IPST”, através dos indicadores “Informação-inacessível” e informação “Insuficiente-pouco-clara”. Estes últimos medeiam a perceção expressa pela amostra de fraco reconhecimento, identificação e envolvimento com a Missão da entidade. Um maior apoio de “Relações públicas face-a-face” por parte dos profissionais da entidade é tido pelos inquiridos como passível de tornar a informação acessível, compreensível e por eles reconhecível como essencial à missão de apoio aos doentes nos hospitais.

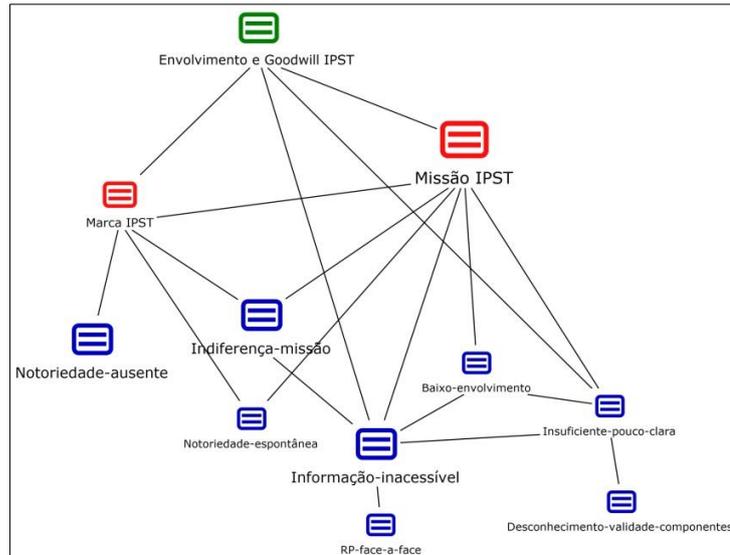


Figura 22 - Mapa Percetual da Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST, IP”

4.3.7. Dimensão “Perceção da Qualidade de Informação”

A análise de conteúdo efetuada aos discursos dos dois *focus* grupos permitiu-nos destilar três indicadores de análise definidos com descritores tão próximos do conteúdo das unidades de registo, quanto possível, a saber, “Informação-inacessível”, “Insuficiente-pouco-clara” e “Boatos”. Estes condensam-se em torno da categoria de análise “Qualidade Informação”. Os indicadores e respetiva categoria encontram-se definidos na memória descritiva elaborada a partir das unidades de registo (ver Anexo 10, Tabela Anexos 8).

A dimensão “Perceção Qualidade Informação”, nesta amostra parece poder ser medida a partir da categoria e dos indicadores, anteriormente referidos. O constructo foi por nós definido como “Perceção de dadores e potenciais dadores de sangue acerca da qualidade da informação em circulação sobre a dádiva de sangue, em termos da suficiência, clareza, contrainformação/boatos e acessibilidade ou compreensão, da mesma.”.

A dimensão registou 22 referências, no total das frequências absolutas assinaladas nos grupos focados. A “Informação-inacessível” foi o indicador que concentrou mais frequências (nove frequências absolutas), seguido do indicador informação “Insuficiente-pouco-clara”, com sete frequências e, do indicador “Boatos” com seis frequências (ver Anexo 14, Tabela 55). A relevância temática destes indicadores é perceptível no mapa da figura 23.



Figura 23 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Percepção da Qualidade de Informação”

A consistência dos três indicadores parece poder ser aferida pela matriz de relações, dos dois *focus* grupos. Os indicadores “Informação-inacessível”, “Insuficiente-pouco-clara” e “Boatos” foram referidos por ambos os grupos 1 e 2, sendo que, o indicador mais presente nos discursos dos grupos focados foi a “Informação-inacessível” (Anexo 14, Tabela Anexos 56).

O mapa percetual da dimensão em análise (ver figura 24) parece sugerir uma maior centralidade do indicador “Informação-inacessível” em coocorrência com o indicador referente à informação em circulação, “Insuficiente-pouco-clara”. O indicador “Informação-inacessível” coocorre com a necessidade de “Relações públicas face-a-face” por parte dos profissionais do IPST em clara contradição com a “Frieza-impessoalidade” destes e de um design de processo de serviço assente na “Imposição-recolha”. Este “design” não parece promover a acessibilidade à informação (clara e suficiente) que dadores e potenciais dadores necessitam para apreenderem a primordialidade diária da necessidade de se dar sangue.

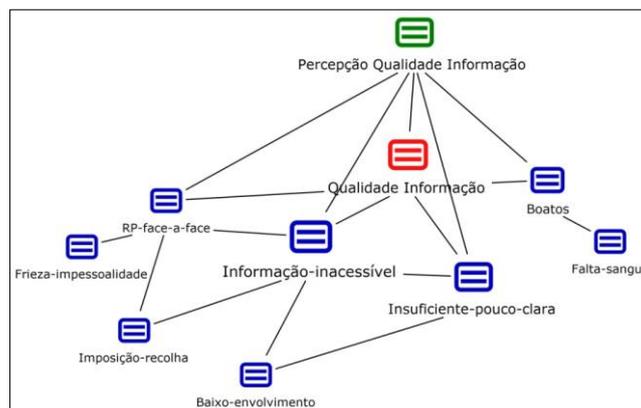


Figura 24 - Mapa Percetual da Dimensão “Percepção da Qualidade de Informação”

4.3.8. Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”

A análise de conteúdo realizada aos discursos dos dois *focus* grupos permitiu-nos codificar seis indicadores de análise, definidos de modo tão próximo do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8). São estes, “Sangue-

total”, “Desconhecimento-aférese”, “Desconhecimento-composição-componentes”, “Desconhecimento-validade-componentes”, “Auto-exclusão” e “Segurança-dádiva”. Os dois primeiros condensam-se na categoria “Métodos de colheita”, os dois seguintes agrupam-se em “Unidades Sangue” e os últimos dois, concentram-se na categoria “Dador Sangue”. Os indicadores e as categorias encontram-se definidos, na tabela 1 (Anexo 10, Tabela Anexos 8).

A dimensão de análise “Conhecimentos sobre Sangue”, parece poder ser medida a partir das categorias e indicadores, anteriormente referidos. Esta foi por nós definida como “Conhecimentos gerais de dadores e potenciais dadores de sangue, sobre a temática da dádiva, nomeadamente, métodos de colheita de sangue, componentes, validade e aplicabilidade terapêutica do sangue, e ainda, acerca dos requisitos de elegibilidade e conselhos de segurança pré e pós dádiva, de sangue, a observar por todos os dadores.”

O presente constructo registou 28 frequências absolutas nos discursos dos grupos focados. O indicador “Sangue-total” assinalou 15 frequências absolutas, o que parece refletir uma clara representação social da dádiva de sangue associada ao próprio método de colheita (por sangue total). Tal emergiu em claro contraste com o “Desconhecimento-aférese”, *i.e.*, outro método de colheita específico, mas igualmente essencial (três frequências). O indicador “Desconhecimento-validade-componentes” foi o segundo indicador a emergir com maior relevância (seis frequências), reforçado por um “Desconhecimento-composição-componentes” (duas frequências) (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 57). A relevância temática destes indicadores é perceptível no mapa da figura 25, em baixo.



Figura 25 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”

A consistência dos dois indicadores mais frequentes nos discursos dos inquiridos da amostra parece poder ser aferida pela matriz de relações aos dois *focus* grupos. Os indicadores “Sangue-total” e “Desconhecimento-validade-componentes” foram referidos por ambos os grupos 1 e 2 (ver, Anexo14, Tabela Anexos 58).

O mapa percetual da dimensão em análise (ver figura 26) parece sugerir uma maior centralidade em torno do indicador “Desconhecimento-validade-componentes” o qual se encontra em coocorrência com o indicador “Falta-consciência-necessidade-contínua” de dádiva de sangue, que parece decorrer, todavia de informação “Insuficiente-pouco-clara”. O “Desconhecimento-validade-componentes reforça o “Mito-banco-sangue”, que, por sua vez, não é desconstruído por uma política de promoção de informação acessível, clara e consciente da necessidade contínua de sangue e seus componentes, nos hospitais nacionais.

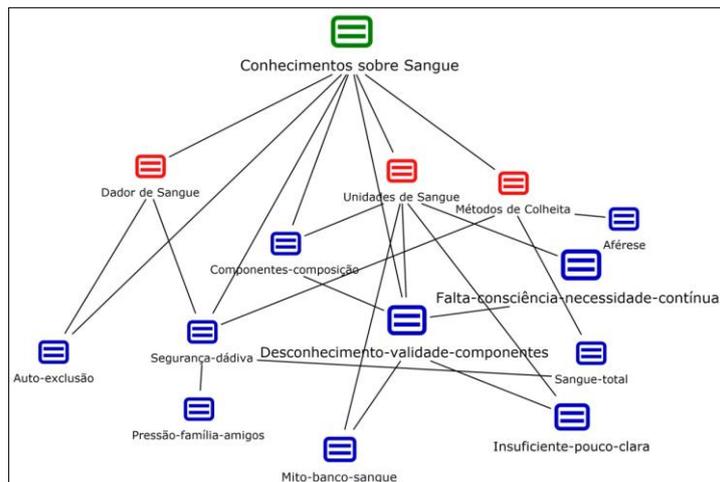


Figura 26 - Mapa Percetual da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”

4.3.9. Dimensão “Perceção das Necessidades de Sangue”

A análise de conteúdo realizada aos discursos dos dois *focus* grupos permitiu-nos codificar quatro indicadores de análise, definidos de modo tão próximo do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8). São estes, “Falta-consciência-necessidade-contínua”, “Consciência-necessidade-contínua”, “Falta-sangue” e “Família-amigos”. Os dois primeiros condensam-se na categoria “Necessidade-contínua-sangue”, o indicador “Falta-sangue” adensa-se na categoria “Alertas Esporádicos” e o último satura-se na categoria “Fatalidade Família e Amigos”. Os referidos indicadores e categorias encontram-se definidos, no Anexo 10, Tabela Anexos 8.

A dimensão de análise “Perceção Necessidades Sangue” parece poder ser medida a partir das categorias e indicadores, anteriormente referidos. Esta foi por nós definida como “Perceção das necessidades de sangue que dadores de sangue, potenciais dadores e público em geral detêm, face aos consumos hospitalares diários e necessários”.

O presente constructo registou 25 frequências absolutas nos discursos dos grupos focados. O indicador “Falta-consciência-necessidade-contínua” assinalou 11 frequências

absolutas, dominado a categoria de análise “Necessidade Contínua Sangue”. O segundo indicador desta categoria de análise, a “Consciência-necessidade-contínua” de sangue, registou oito frequências absolutas e emergiu no decorrer de interpelações dos inquiridos junto de nós, durante o *focus* grupos, acerca das necessidades efetivas de sangue, numa base diária. A reforçar o indicador “Falta-consciência-necessidade-contínua” emergiu o indicador “Falta-sangue” (cinco frequências) circunscrito a “Alertas Esporádicos” que reforçam uma ausência de consciência social de necessidade contínua de dádiva, nesta amostra de inquiridos. (ver Anexo 14, Tabela Anexos 59). A relevância temática destes indicadores é perceptível no mapa da figura 27, em baixo.

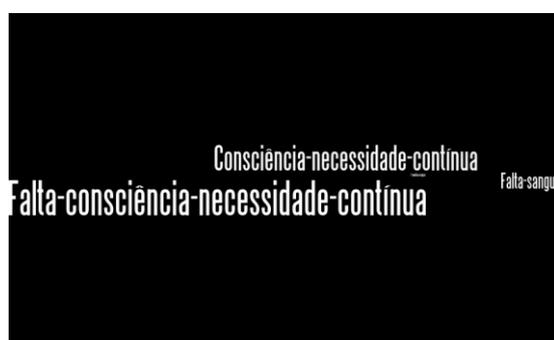


Figura 27 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Percepção das Necessidades de Sangue”

A consistência dos três indicadores mais frequentes nos discursos dos inquiridos da amostra parece poder ser aferida pela matriz de relações aos dois *focus* grupos. Qualquer um dos indicadores “Falta-consciência-necessidade-contínua”, “Consciência-necessidade-contínua” e “Falta-sangue” foram referidos pelos grupos 1 e 2 (ver Anexo 14, Tabela Anexos 60).

O mapa perceptual da dimensão em análise (ver figura 28) parece sugerir uma maior centralidade em torno do indicador “Falta-consciência-necessidade-contínua” o qual se encontra em coocorrência com os indicadores que, uma vez mais, nos remetem para a iliteracia da dádiva de sangue como o “Desconhecimento-validade-componentes”, os “Boatos” ou o “Mito-banco-sangue”. A coocorrência com a “Indiferença-missão” da entidade, sentida por esta amostra de inquiridos, parece refletir uma representação da dádiva assente em “Alertas Esporádicos” de “Falta-sangue”, reforçando a iliteracia, por um lado, e o pensamento circular, por outro, de “Falta-consciência-necessidade-contínua” só passível de ser desconstruído através de uma política de promoção da dádiva acessível, próxima, clara e consciente das necessidades contínuas de sangue junto dos hospitais nacionais.

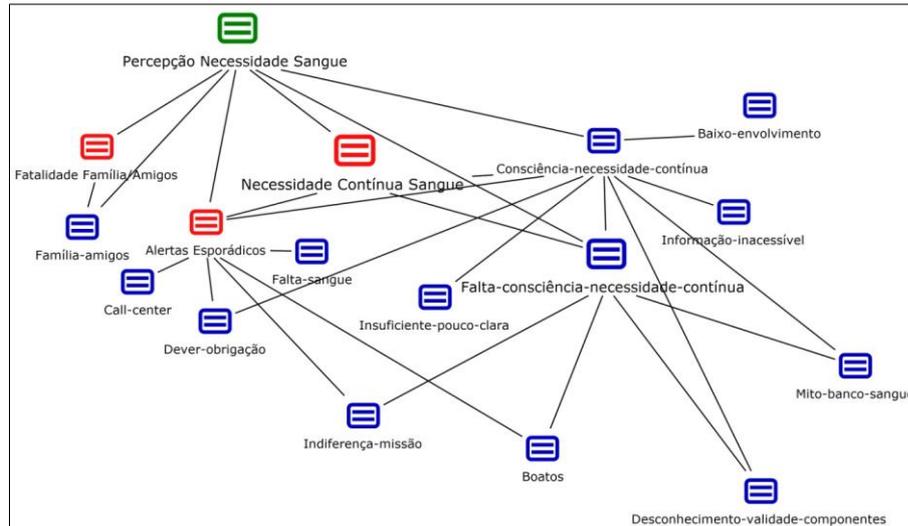


Figura 28 - Mapa Percetual da Dimensão “Percepção das Necessidades de Sangue”

4.3.10. Dimensão “Motivação Pró-social”

A análise de conteúdo realizada aos discursos dos dois *focus* grupos permitiu-nos codificar dois indicadores de análise, definidos de modo tão próximo do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8). O indicador “Consciência-individual” condensa-se na categoria de análise “Altruísmo” e o indicador “Bem-estar-sociedade” adensa-se na categoria “Coletivismo Social”. Em conjunto, consubstanciam a dimensão de análise “Motivação Pró-social”. Os indicadores e categorias anteriormente referidos encontram-se definidos, no Anexo 10, Tabela Anexos 8.

A dimensão de análise “Coletivismo Social” representa o “Desejo de ter um impacto positivo noutras pessoas ou no coletivismo social através da dádiva de sangue”

O presente constructo registou seis frequências absolutas nos discursos dos grupos focados, quatro das quais concentraram-se em torno do indicador “Consciência individual” (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 61). A relevância temática deste indicador é perceptível no mapa do Anexo 14, Figura Anexos 24.

A consistência do indicador mais frequente, “Consciência-individual”, parece poder ser aferida pela matriz de relações dos *focus* grupos porquanto este indicador foi referido pelos grupos 1 e 2. (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 62).

O mapa percetual da dimensão em análise (ver figura 29) sugere uma coocorrência entre os indicadores “Consciência-individual” e “Dever-obrigação”, ambos em clara conexão com a categoria “Altruísmo”.

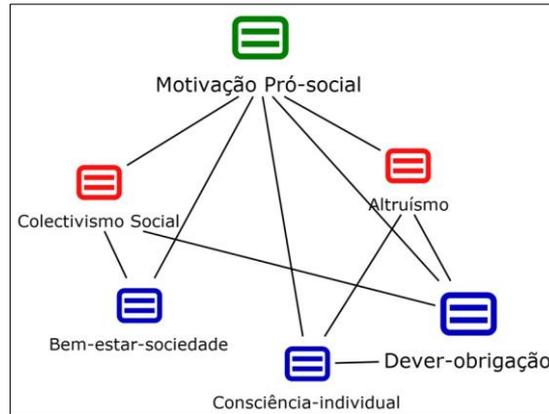


Figura 29 - Mapa Perceptual da Dimensão “Motivação Pró-social”

4.3.11. Dimensão “Valores Pessoais”

A análise de conteúdo realizada aos discursos dos dois *focus* grupos permitiu-nos destilar um indicador de análise que denominamos “Dever-obrigação”. Este condensa-se em torno da categoria “Normas Morais Pessoais” consubstanciando-se na dimensão “Valores Pessoais” (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8).

A dimensão de análise “Coletivismo Social” representa as “Ideias que um indivíduo considera que valem a pena e isso encoraja-o a ter comportamentos de dádiva de sangue”

O presente constructo registou sete frequências absolutas nos discursos dos grupos focados, todas em torno do indicador “Dever-Obrigaçao” (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 63).

A consistência do indicador parece poder ser aferida pela matriz de relações dos *focus* grupos porquanto este foi referido pelos grupos 1 e 2. (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 64).

O mapa perceptual da dimensão em análise (ver figura 30, em baixo) sugere uma coocorrência do indicador “Dever-obrigação” com a “Consciência-individual” e a “Consciência-necessidade-contínua” de dádiva de sangue, que os inquiridos da amostra revelaram ter.

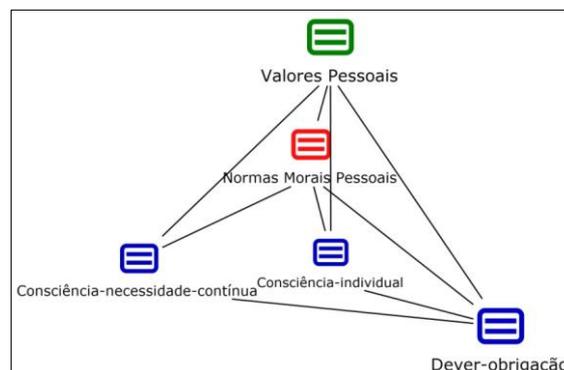


Figura 30 - Mapa Perceptual da Dimensão “Valores Pessoais”

4.3.12. Dimensão “Perceção das Normas Sociais”

A análise de conteúdo realizada aos discursos dos dois *focus* grupos permitiu-nos codificar dois indicadores de análise, “Exemplo-família-amigos”, o qual se condensa em torno da categoria “Normas Descritivas” e o indicador “Pressão-família-amigos”, que se constitui na categoria “Normas Subjetivas”. Ambos os indicadores e respetivas categorias de análise consubstanciam a dimensão “Perceção Normas Sociais” (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8).

A dimensão de análise em referência engloba a perceção do comportamento dos grupos de referência dos indivíduos com base em “Expectativas, obrigações e sanções ancoradas nos grupos sociais de referência e do comportamento destes relativamente à dádiva de sangue”.

O presente constructo registou cinco frequências absolutas nos discursos dos grupos focados, e o indicador “Exemplo-família-amigos” concentrou três, destas (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 65). Tal, é igualmente observado no mapa de relevância temática da dimensão (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 25).

A consistência de qualquer um dos indicadores não parece poder ser aferida através da matriz de relações dos *focus* grupos (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 66).

O mapa percetual da dimensão em análise (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 26) sugere uma coocorrência do indicador “Dever-obrigação” com a “Consciência-individual” e a “Consciência-necessidade-contínua” de dádiva de sangue, que os inquiridos da amostra revelaram ter.

4.3.13. Dimensão “Comunicação e Marketing”

A análise de conteúdo realizada aos discursos dos dois *focus* grupos permitiu-nos codificar seis indicadores de análise, definidos de modo tão próximo do conteúdo das unidades de registo, quanto possível (ver, Anexo 10, Tabela Anexos 8). São estes, “Call-center”, “RP-face-a-face”, “Folhetos”, “TV-rádio-imprensa”, “Outdoors-muppies-roll-up-cartazes” e “Parcerias-institucionais” e “Família-amigos”. Os três primeiros condensam-se em torno da categoria “Marketing Direto”, os dois indicadores seguintes formam a categoria “Publicidade” e o último satura-se na categoria “Parcerias”. Os referidos indicadores e categorias encontram-se definidos, no Anexo 10, Tabela Anexos 8.

Os supracitados indicadores e respetivas categorias de análise consubstanciam a dimensão “Comunicação e Marketing” que foi por nós definida como “Referências à utilização de ferramentas promocionais na sensibilização, recrutamento e fidelização de dadores, potenciais dadores de sangue e público em geral, tais como, publicidade, relações públicas, promoção e marketing direto e/ou on-line”.

O presente constructo registou 12 frequências absolutas nos discursos dos grupos focados. Os indicadores mais referidos colheram três frequências cada, a saber, “RP-face-a-face”, “Outdoors-muppies-roll-up-cartazes” e “Parcerias-institucionais”. (ver, Anexo 14, Tabela Anexos 67). A relevância temática destes indicadores é perceptível no mapa da figura 31, em baixo.



Figura 31 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Comunicação e Marketing”

A consistência interna parece poder ser verificada apenas num único indicador, nesta amostra em concreto, *i.e.*, no indicador “Parcerias-institucionais”, o qual foi referido por ambos os grupos 1 e 2, conforme Anexo 14, Tabela Anexos 68.

O mapa perceptual da dimensão em análise, conforme a figura 32, em baixo, sugere uma maior centralidade do indicador “Parcerias-institucionais” em coocorrência com o indicador “Notoriedade-espontânea”, por um lado, “Pressão-família-amigos” e “Indiferença-missão”, por outro.

Se por um lado as parcerias com diferentes “stakeholders” da sociedade civil parecem promover a notoriedade da instituição e desejavelmente o envolvimento com a sua missão, tal parece depender mais da necessidade de “RP-face-a-face”, que no mapa emergiu como percecionada de forma negativa pelos inquiridos da amostra estudada. Efetivamente, as relações públicas da instituição ao serem caracterizadas pela abordagem “Imposição-colheita”, “Frieza-impessoalidade” dos profissionais e perante informação de saúde tida por complexa (Espanha, 2013), mantiveram a “Informação-inacessível”, promovendo o efeito

paradoxal refletido pela “Indiferença-missão” da instituição, não obstante os meios de Comunicação e Marketing que possam ser utilizados na sensibilização, recrutamento e fidelização de dadores, potenciais dadores de sangue e público em geral.

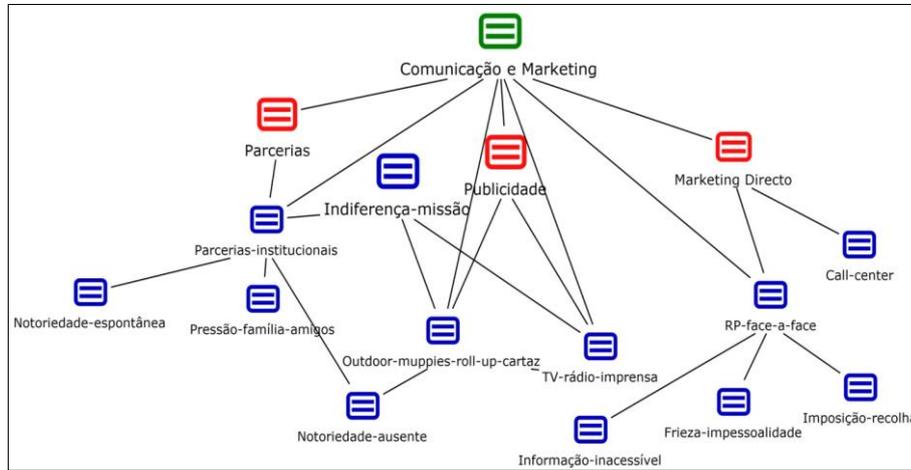


Figura 32 - Mapa Percetual da Dimensão “Comunicação e Marketing”

V. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

5. Apresentação de Resultados

Após a exposição acima da análise exaustiva a cada indicador, categoria e dimensão, referentes às unidades de registo referentes aos conteúdos das amostras dos dois tipos de suporte comunicacional (institucional; campanhas com parcerias), e do *verbatim* das entrevistas de *focus* grupos da amostra de 16 estudantes universitários, apresentamos em seguida, uma síntese relativa ao conjunto da totalidade dos dados, através de mapas cognitivos.

A apresentação que se segue procura responder aos objetivos empíricos. Conforme exposto na História Natural da Investigação, as condições de acessibilidade aos dados no contexto da investigação-ação útil por nós desenvolvida, conduziu-nos a um enfoque na pesquisa pela abordagem à questão da coprodução do serviço com o cliente, que se consubstancia **no primeiro objetivo empírico** da presente dissertação. Para a sua verificação, confrontam-se os dados objetivos subjacentes à comunicação institucional, traduzida no respetivo mapa cognitivo com o mapa cognitivo resultante da análise dos dois *focus* grupos a estudantes universitários, *i.e.*, clientes na linguagem de Osborne *et al.* (2012). O terceiro mapa cognitivo realizado a partir da análise aos dados da comunicação com parcerias vai ser confrontado com os dois primeiros a fim de se verificar, por outra via, se esta comunicação é ou não coincidente com a orientação encontrada nos dois primeiros.

A razão de ser da apresentação da análise em três mapas cognitivos resulta do facto dos dois primeiros não terem sido influenciados pelo “enactment” nem pelo contexto da investigação-ação. Nesse sentido, o terceiro mapa é de uma natureza completamente diferente. Por um lado, tem subjacente a análise a suportes coproduzidos com os parceiros, e por outro incide estes suportes apenas foram criados no contexto da investigação-ação coincidente, igualmente, com as campanhas do ano em referência tempo (2013), desenvolvidas no seio da comissão de promoção, que dinamizou todo este processo. Estes suportes de comunicação com as parcerias foram criados à margem e apenas complementando a comunicação institucional, a qual se manteve a partir dos órgãos e das rotinas publicitárias, anteriores. Assim sendo, este terceiro mapa permite verificar a resposta **ao quarto objetivo empírico**, *i.e.*, o do “enactment”. Os resultados das campanhas realizadas com os parceiros de

que se fez eco em duas comunicações apresentadas em congressos internacionais, confirmam igualmente a possibilidade de responder ao quarto objetivo.

Acerca do **segundo e terceiro objetivos**, respetivamente, o paradigma da semi-conexão e o da complexidade organizacional apenas possuímos evidências a partir do nosso caderno de notas e de relatórios de reuniões produzidos durante a investigação-ação. Dada a complexidade de resposta aos dois primeiros objetivos, a extensão de material recolhido no período de tempo da investigação-ação já referido (17 set. 2012 a 31 dez. 2013); por outro lado, não havia possibilidade material de se recolher dados a partir de fontes de evidência complementares, através de entrevistas ou outras formas, junto dos intervenientes pertinentes admitindo à partida da sua colaboração na medida em que, para além da presente investigação-ação nenhuma outra das previstas teve autorização para avançar.

5.1. Apresentação de resultados dos mapas cognitivos face a eixos ortogonais derivados indutivamente

A construção dos mapas passou por uma primeira fase de agregação dos dados em duas tabelas síntese de resultados (ver Anexo 15, Tabelas Anexos 69 e 70), a fim de podermos extrair os principais pontos de referência a figurar nos mapas cognitivos, devidamente situados face a eixos ortogonais. Estes eixos organizadores dos três mapas cognitivos foram definidos com base em valores em tensão contraditória, com vista a conferir um sentido unívoco, de modo a comportar *a posteriori* interpretações positivas ou negativas. No processo de construção da conceptualização de pares de valores tomamos em consideração a totalidade da informação de conteúdos, de representações emergentes da análise de dados, e a teoria estudada.

Primeiramente, através da criação de frases síntese o mais próximas possível de uma descrição informativo-cêntrica dos dados e das teoria de suporte, discutidas.

Seguidamente, e por iterações sucessivas (com base no consenso de juízes, descrito na metodologia) definimos os conceitos finais, tal como se apresentam. Neste desiderato, seguimos as recomendações de Silverman (2005) e de Gioia *et al.* (2012) que apontam a necessidade de se descrever como e com quem se procedeu, cumprindo os princípios da metodologia indutiva.

Assim, o eixo horizontal foi concebido tomando em linha de conta a base teórica sintetizada por Osborne *et al.* (2012) que diferencia o paradigma centrado na produção, por oposição ao paradigma orientado para a coprodução com o cliente. O processo iterativo entre

a teoria e a categorização emergente das representações permitiu-nos encontrar uma tendência paralela, levando-nos a propor uma designação do eixo em “orientação para a colheita” por oposição a uma “orientação para o dador”. Propusemo-nos sintetizar ainda de modo mais abrangente este eixo, redenominando-o a partir de um conceito centrado apenas no lado interno, por oposição a outro que envolveria, necessariamente, o cliente ou o dador, neste caso (lado externo). Assim, o eixo foi valorado através deste processo iterativo como “produção” *versus* “coprodução”, e assim sendo a nomenclatura proposta parece convalidada.

No eixo vertical, por seu lado, partimos da interpretação abrangente da missão da instituição: “disponibilizar sangue à sociedade a partir de dádivas solidárias, voluntárias e anónimas”. Desdobrando esta noção valorámos o eixo vertical de acordo com a “disponibilidade cidadã” por oposição a uma “disponibilidade reativa”. Este posicionamento procura refletir uma consciência responsável e regular em se disponibilizar (solidariedade do próprio) através da dádiva de sangue, por oposição a uma indiferença não-informada, face à necessidade de dádiva, denominando-a de disponibilidade reativa, situação que ocorre em caso de perceção de urgência.

Sintetizando o eixo vertical de modo ainda mais abrangente, e partindo de uma conceptualização rigorosa e próxima do descritivo de cidadania, redenominamos o valor “disponibilidade cidadã” como de “voluntariado”, porque proactivo e consciente face às questões da dádiva de sangue, *versus* o da “disponibilidade reativa” por uma atitude de “disponibilidade”, entendida como uma consciência de tipo reativo face à dádiva, que os estudantes revelaram possuir de forma explícita, na expectativa de um apelo.

O eixo foi em conclusão valorado através deste processo iterativo como “voluntariado” *versus* “disponibilidade”, cuja nomenclatura proposta surge por este facto, convalidada.

5.1.1. Apresentação de Resultados do Mapa Cognitivo da Comunicação Institucional

O mapa cognitivo resultante da análise dos suportes de comunicação institucional (ver, Figura 33) revela um foco significativo (70 frequências absolutas) de apelo à dádiva voluntária de sangue mas nas condições que a organização disponibiliza aos dadores, sem o seu envolvimento. Trata-se de uma produção de serviço de colheita pronta a servir, desenvolvido pela burocracia profissional interna, com objetivos claros e quantificados de colheita de sangue, sem preocupações de envolvimento e de fidelização duráveis.

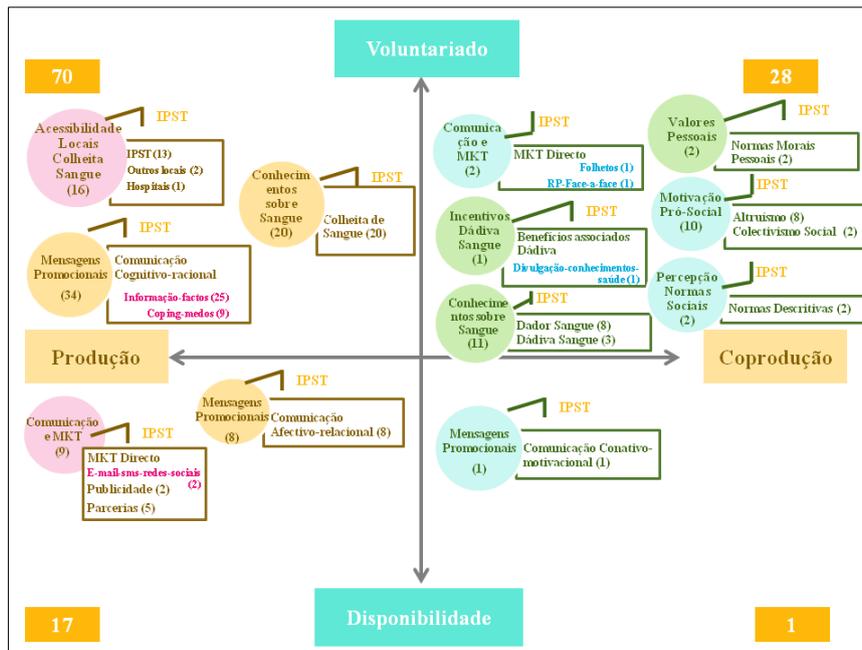


Figura 33 – Mapa Cognitivo da Comunicação Institucional

As dimensões de análise deste quadrante (produção/voluntariado) revelam 34 menções a mensagens promocionais de tipo informação factual e técnica (25 frequências absolutas) e autocentrada nos saberes da rotina do processo de colheita (20 frequências absolutas) muito pouco emocional e relacional passível de gerar uma empatia com a marca, o goodwill e com a causa cidadã. Não obstante, existem algumas informações que possibilitam lidar com os medos do ato de se dar sangue (9 frequências absolutas), que denominaríamos de “coping-medos”. Tendo em conta a orientação para o voluntariado e para a coprodução, verificamos a existência de apenas 28 frequências absolutas, as quais, parecem poder ser contrapostas à orientação da produção. São mensagens que apelam ao dever cívico da dádiva sem a integração do mapa cognitivo dos dadores e potenciais dadores e sem com eles coproduzirem o serviço, do qual dependem totalmente. É, no mínimo, uma cidadania superficialmente conceptualizada pelas orientações de comunicação subjacentes aos suportes analisados (21 frequências absolutas acumulado). Efetivamente, se por um lado a comunicação apela a um dever cívico de dar sangue (Motivação Pró-social com 10 frequências absolutas), por outro, este associa-se a conhecimentos de segurança suscetíveis de minimizar os riscos de saúde no processo de dádiva (11 frequências absolutas). As mensagens surgem enquadradas por um apelo a uma adesão cidadã da dádiva porém, sem refletirem uma integração do mapa cognitivo dos potenciais dadores, manifestando uma orientação clara para a colheita processada em moldes definidos como o da produção em série ou industrial, nos termos de Osborne *et al.* (2012).

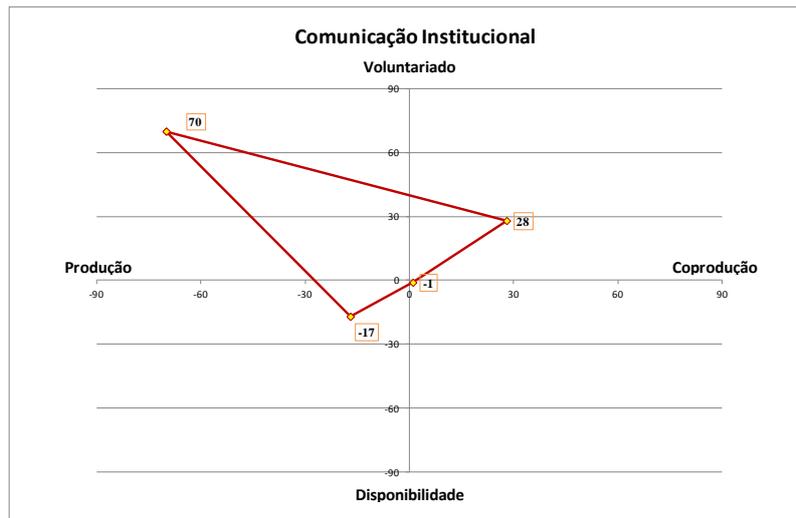


Figura 34 – Síntese dos Resultados do Mapa Cognitivo: Comunicação Institucional

Podemos concluir de forma inequívoca, que a comunicação institucional se apresenta fortemente desequilibrada para o enfoque na produção de um serviço onde o cliente não aparece como coprodutor. Esta constatação parece-nos estar em conformidade com o esperado na literatura, revista.

5.1.2. Apresentação de Resultados do Mapa Cognitivo das Representações dos Estudantes

O mapa cognitivo resultante das representações dos estudantes universitários (ver, Figura 34) revela um foco muito significativo na disponibilidade reativa e na produção do serviço (117 frequências absolutas), mais parecendo uma imagem em espelho, ao mapa da comunicação institucional (ver, Figura 33), anteriormente analisado. Efetivamente, e em termos globais, os estudantes percebem-se como externos à instituição, revelando-se muito pouco informados acerca da necessidade de uma adesão voluntária à cidadania da dádiva, mostrando-se em todo caso disponíveis em situação de “urgência”, nos termos em que Glouberman e Mintzberg (2001) a definem: a urgência como uma força suscetível de criar as condições de uma colaboração entre o mundo da comunidade e da instituição, facilitando o processo produtivo, porém de maneira pontual e sem alterar o paradigma do foco na produção.

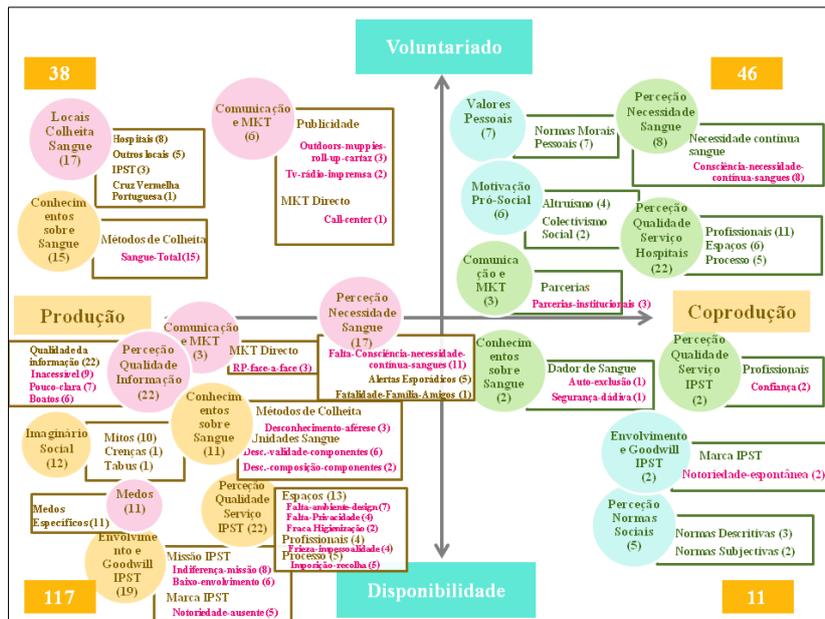


Figura 35 – Mapa Cognitivo das Representações dos Estudantes

As dimensões mais relevantes neste quadrante (produção/disponibilidade) prendem-se, em primeiro lugar, com as críticas à qualidade do serviço da entidade (22 frequências absolutas) apreciados por espaços de dádiva inapropriados para um ato que envolve a saúde das pessoas; pela falta de profissionais a que associam frieza no tratamento prévia ao ato da colheita e percepção de atitudes impositivas e focadas no imperativo da colheita. Do lado da vertente emocional, as representações dos estudantes acerca do envolvimento e goodwill gerado pela entidade (19 frequências absolutas), estas denotam uma indiferença face à missão e um grande desconhecimento da marca, igualmente patente nas respostas ao questionário. A consciência de externalidade percebida por aquilo que foi dito anteriormente, parece reforçada pela percepção da qualidade de informação (22 frequências absolutas), a qual reputam de inacessível e pouco clara, e aquela que revelam possuir pode ser classificada como boato. Parece-nos assim inequívoco que estamos em presença de uma forte iliteracia face à dádiva. Esta, por sua vez, parece ser alimentada por um imaginário social (12 frequências absolutas) muito assente em mitos, sobretudo num em particular, o mito do banco de sangue como se de um banco que guarda reservas de sangue sem prazo de validade, se tratasse. Os medos (11 frequências absolutas) são de natureza difusa mas sentidos como reais, entre estes o medo das agulhas, da má-disposição ou mesmo da redução de anos de vida, constituindo-se numa barreira quase física ao ato de dádiva, mas igualmente, na procura de informação mais fidedigna que facilitasse a sua aproximação ao envolvimento voluntario com esta causa. A percepção da necessidade de sangue é tida por esporádica (17 frequências absolutas) não havendo consciência da parte dos estudantes de uma necessidade regular de consumos

sangue. Esta é reforçada pelo facto de que em situação de urgência constata-se que há alertas esporádicos em resposta a pedidos específicos, pelo que os estudantes parecem sentir-se dispensados de uma atenção ao problema.

Do lado do quadrante oposto, orientado para a ideia da coprodução e do voluntariado (46 frequências absolutas) a dimensão de análise que se revela determinante neste quadrante é a positividade da percepção da qualidade do serviço realizado pelos hospitais (22 frequências) e não pela entidade. Tal percepção confirma a consciência de não envolvimento com a instituição ou de externalidade à mesma. A visão hospitalocêntrica da saúde é aqui uma vez mais revelada, porém, a sua representação não beneficia a instituição, mas antes a contrapõe por uma comparação de qualidade de serviço, negativa. Se atentarmos no quadrante da produção/voluntariado (38 frequências absolutas), constata-se a existência de referências a aspetos técnicos que apenas acentuam a centralidade da produção, neste mapa cognitivo.

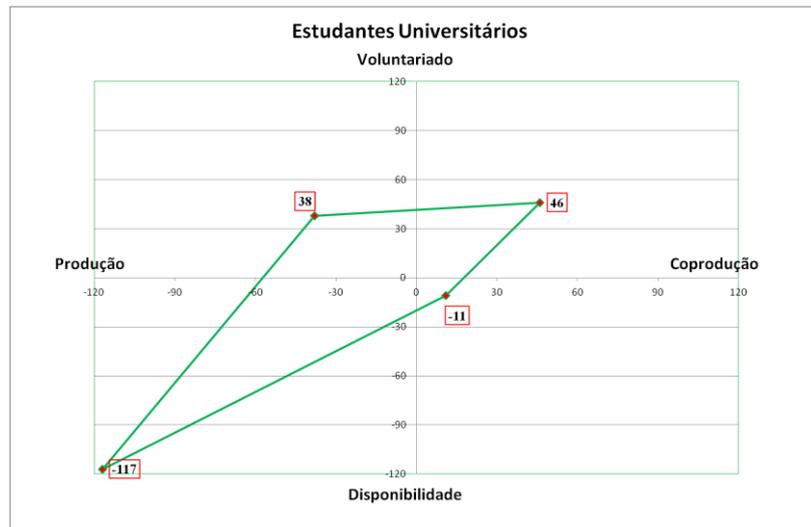


Figura 36 - Síntese dos resultados do mapa cognitivo: Representações dos estudantes

A propósito deste mapa, parece-nos poder concluir que os estudantes não se sentem minimamente envolvidos com a instituição e com a missão que ela representa, e mesmo em situação de colheita estes não sentem nenhuma mensagem ou vontade de serem chamados à coprodução do serviço.

Conjugando, neste ponto, os dois mapas, a mensagem institucional não revela preocupação de envolvimento dos seus clientes, e os estudantes, enquanto clientes potenciais não se questionam sobre esta percepção de externalidade à coprodução dos serviços de saúde. Sentem as questões da dádiva de sangue independentes da sua esfera de ação.

5.1.3. Apresentação de Resultados do Mapa Cognitivo da Comunicação com Parcerias

A análise do mapa cognitivo da comunicação com as parcerias (ver, Figura 37) revela um foco expressivo no quadrante orientado para a coprodução e para o voluntariado (110 frequências absolutas). Tal situação contrasta de maneira evidente com os mapas anteriores e centrados na produção.

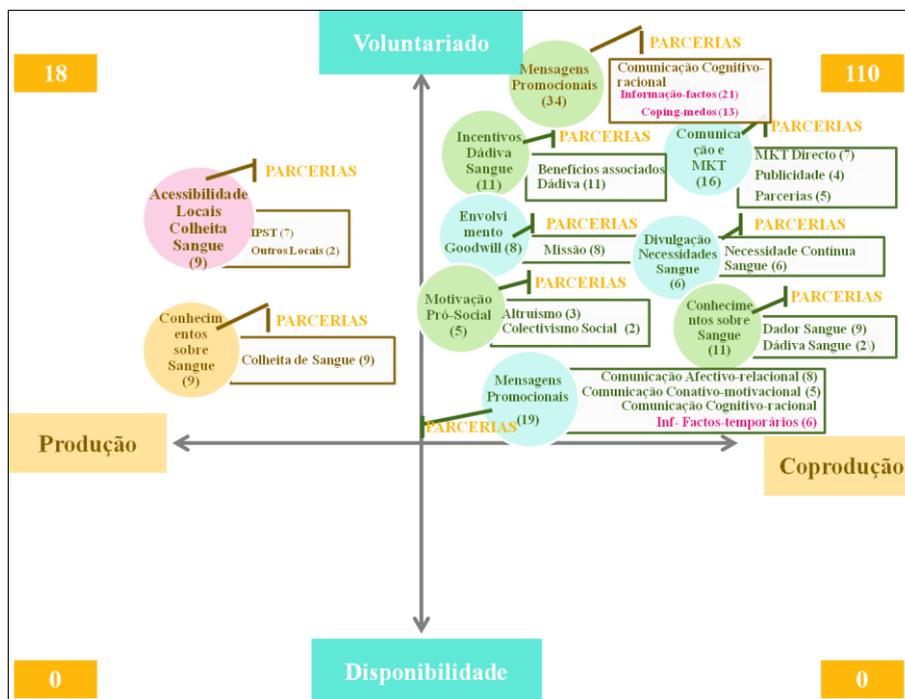


Figura 37 – Mapa Cognitivo da Comunicação em Campanhas com Parceiros

De facto, a análise das referências dos suportes desta comunicação permitem-nos identificar 34 frequências absolutas relativas à comunicação de dados objetivos sobre a dádiva identificados com os dadores relativos a mitos e processos de autoexclusão na apresentação à triagem, associada à implementação de estratégias para lidar (“coping”) com a informação complexa e potencialmente indutora de medos, mitos, tabus e crenças; 19 frequências absolutas relativas à comunicação afetivo-relacional com o dador; 16 frequências absolutas referentes à ideia de marketing relacional; 11 frequências absolutas acerca de informações técnicas úteis ao dador, centradas na desmistificação do imaginário social da dádiva de

sangue; 11 frequências absolutas referentes aos benefícios à dádiva e 8 frequências absolutas no envolvimento e na divulgação da missão da instituição a que se associa o apelo à regularidade cidadã da dádiva (6 frequências absolutas); finalmente, 5 frequências absolutas à motivação em prol da sociedade. O quadrante definido pela produção/voluntariado (18 frequências absolutas) das quais nove concentram-se na informação sobre os locais de acesso à dádiva e outras nove frequências absolutas com informação descritiva sobre o processo de colheita.

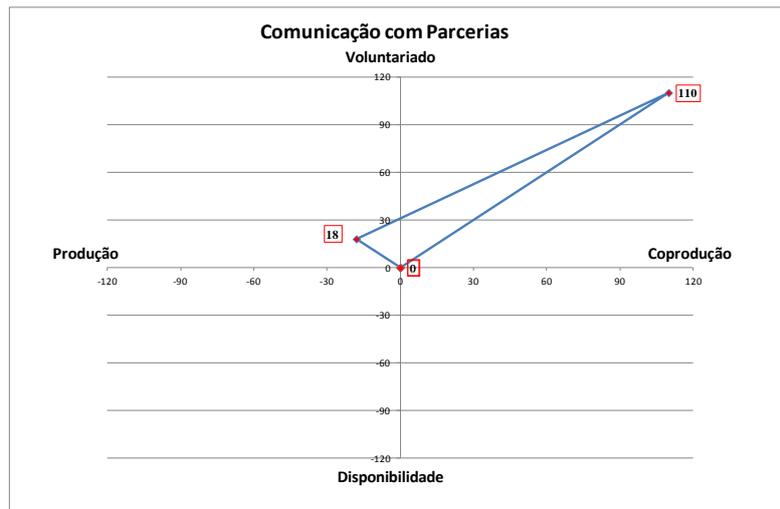


Figura 38 – Resultados Síntese do Mapa Cognitivo: Comunicação de Parcerias

Podemos concluir este ponto com uma afirmação que nos parece inequívoca de que o mapa se encontra orientado pela coprodução e com o envolvimento do cliente (110 frequências absolutas) (ver, Figura 38) e que a atenção presente no mapa ao processo produtivo (18 frequências absolutas) não desfocam este mesmo mapa do propósito, porquanto se procurou qualificar o dador partindo dos seus mitos e dúvidas e da sua iliteracia face à dádiva, com a intenção clara de os ganhar para uma cidadania voluntária em coprodução, potenciadora de uma atitude de regularidade.

Dado o envolvimento dos parceiros com a comissão de promoção era esperado que o mapa se orientasse para o enfoque na coprodução. Parece ser ainda de anotar a relevância do desenvolvimento de uma cultura de trabalho com parcerias externas e envolvimento de dadores e potenciais dadores, face à cultura de produto, constatada e subjacente à cultura institucional. A força da coprodução com o dador, apoiada numa rede de parcerias não só foi devidamente explorada pela comissão como ajudou a criar o sentido de missão da instituição, em linha com o pressuposto de Glouberman e Mintzberg (2001), acerca da necessidade de conjugar o ajustamento mútuo e a partilha de valores e da missão.

5.1.4. Apresentação da Síntese Comparativa entre Mapas Cognitivos

A Figura 39, em baixo, representa a sobreposição dos três mapas cognitivos.

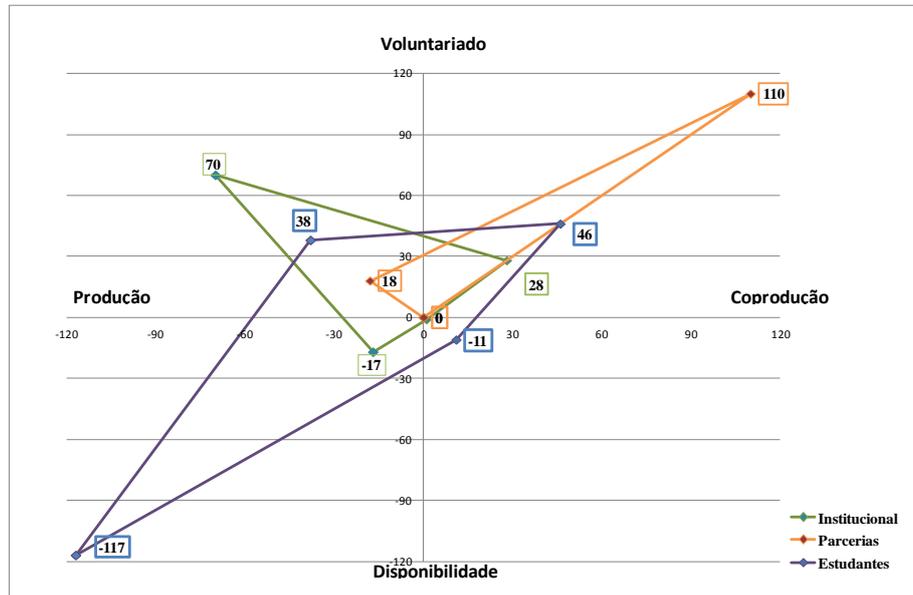


Figura 39 – Gráfico de síntese comparativa entre os três mapas cognitivos

A análise sumária da sobreposição dos três mapas cognitivos, em torno do modelo de valores proposto, permite concluir, de forma inequívoca, pelo desalinhamento completo da comunicação institucional, face à representação da amostra estudada, e tida pela entidade, como tendo grande adesão à causa. Recordamos que na História Natural da Investigação, esta mesma população é descrita como aquela que, dado o seu comportamento antagónico em período letivo e fora dele, parece resolver e/ou criar a sazonalidade da dádiva, a nível nacional.

A investigação permite-nos concluir que as atitudes dos estudantes, tidas por uma disponibilidade cidadã e voluntária face à dádiva, e nesse âmbito considerada esclarecida e responsável, mostra-se afinal disponível mas de forma reativa. Efetivamente, esta apresenta uma atitude de expectativa, de informação da necessidade de dádiva ou de apelos esporádicos, alimentada por um forte imaginário social e medos diversos, constitutivos de barreiras quase físicas à adesão voluntária. A comunicação face-a-face, de modo próximo e acessível, feita através de uma mediação credível em face do desalinhamento de mapas, e da complexidade do objeto de informação que se pretende transmitir, torna-se imperiosa. A mediação deveria assim, por um lado apoiar a perceção da necessidade de dádiva e da regularidade da mesma, e por outro, proporcionar uma vivência de “quase-dádiva”, promotora de um esclarecimento e da desmistificação de mitos tabus e crenças, assim como dos medos, conduzindo os potenciais

dadores a uma situação de ação de envolvimento voluntário face à dádiva, regular. O mapa cognitivo resultante da comunicação institucional não corrige de modo algum a perceção dos estudantes, antes parece reforçar comportamentos de reatividade.

O mapa cognitivo resultante da comunicação com parcerias, parece responder às necessidades de esclarecimento e de envolvimento por via da mediação, que permite tirar partido da disponibilidade detetada neste grupo alvo, transformando-a em atitudes colaborativas, ativas.

O mapa cognitivo dos estudantes revela-se expectável e perfeitamente explicável à luz da perspetiva Simoniana da racionalidade limitada e por essa via desobrigada de um foco na dádiva regular. A sua atitude de disponibilidade face a apelos esporádicos é explicável perante uma comunicação institucional centrada na produção e na disponibilização de informação sem um envolvimento e uma mediação.

A opção da instituição fixada no paradigma industrial revela uma comunicação sem cumprir o seu papel de correção das lacunas do mapa cognitivo dos potenciais dadores.

5.2. Discussão de Resultados

Neste ponto propomo-nos confrontar os resultados obtidos face aos objetivos empíricos propostos, procurando lê-los à luz da revisão de literatura.

O primeiro objetivo referente à coprodução e às circunstâncias em que ele ocorre, foi atingido, tendo-se verificado a diferença entre mapas cognitivos pela ação da confrontação de focos na produção ou na coprodução. Esta confrontação de mapas revela a dificuldade de se poderem emancipar da noção de produto. Efetivamente, revela uma dificuldade de integração dos mundos internos com o mundo da comunidade os quais, se deixados à espontaneidade da ação, entram necessariamente em divergência, sem conseguirem aceder a uma ação colaborativa, regular.

Lendo agora os resultados dos mapas cognitivos, à luz do quarto objetivo empírico, *i.e.*, o “enactment”, parece ser de relevar a diferença muito significativa entre o mapa da comunicação com as parcerias, face ao mapa cognitivo da instituição. Efetivamente, este segundo mapa (instituição) está sobremaneira focado no produto, ao contrário do mapa da comunicação com as parcerias. Dado que o mapa das parcerias resulta diretamente da ação de coprodução com o dador, este centra-se, por essa via de envolvimento e definição partilhada, na conceptualização do serviço (campanhas da comissão) a partir das necessidades e

expectativas dos clientes, através de esclarecimentos diversos, de segurança face a medos e da desmistificação do imaginário social, reportada pelos dadores e que se espelha no mapa cognitivo do grupo da população de estudantes.

Esta orientação para a coprodução a partir da ação sobre o meio (“enactment”) foi possível através do ganho de funcionamento adhocrático da comissão, que permitiu explorar espaços de autonomia antes indisponíveis aos profissionais. Esta equipa, por ação-reflexão-ação continua sobre o *residuum* do próprio “enactment”, produziu um sentido de comunicação até conseguir concertar uma linha de ação colaborativa que a organização pudesse reconhecer como conectadora dos quatro mundos.

Respondendo a Glouberman e Mintzberg (2001) acerca das dúvidas que levantam relativamente à estabilidade da ação colaborativa, esta investigação parece apontar o “enactment” como a força determinante para alterar as rotinas e os mapas dos atores intervenientes na mudança.

Verificamos, deste modo, que é possível concluir pela confirmação da mudança induzida pelo primado da ação, o “enactment”, tendo-se deste modo respondido ao quarto objetivo (Anexo 16: Sousa *et al.*, 2014).

O segundo e terceiro objetivos, respetivamente, o da semi-conexão e o da complexidade organizacional não foram objeto de verificação empírica pelas razões já anteriormente invocadas.

Não obstante, a comissão de promoção pode trabalhar de forma não hierárquica, explorando as vantagens da semi-conexão (Weick, 1976; 2001) e da complexidade introduzida pela máxima diferenciação e pela diversidade de perspetivas dificilmente reconciliáveis dos seus atores, pertinentes. A ação autónoma da comissão foi possível graças a uma cultura de experimentação possibilitada pela investigação-ação. A sua eficácia da comissão face a estes dois objetivos parece poder ser medida através da capacidade de colocar em movimento as três forças promotoras da ação colaborativa, de que falam Mintzberg e Glouberman (2001) e Mintzberg (2012): **i)** tirar partido das forças de urgência entendida pela pressão de resposta às necessidades de uma procura crescente de sangue por parte dos hospitais; **ii)** aproveitamento das forças da circulação do conhecimento expressas na comissão pela transversalidade de saberes, relativos aos quatro mundos que a compunham; **iii)** e, por último relevar a força do comprometimento com os objetivos imediatos mas igualmente com os objetivos finais da organização, traduzidos na missão da colheita suficiente, regular e

adequada à variação das necessidades e com a fidelização dos dadores em disponibilidade voluntária com a causa.

Finalmente, analisando o anexo dos resultados das campanhas (ver, Anexo 4, Tabela Anexos 4) em que se evidenciam os dois períodos anuais, tradicionalmente deficitários, é possível verificar que, o conjunto dos fatores, nomeadamente o “enactment” e a coprodução apresentada às parcerias, segundo uma filosofia de projeto, com o objetivo de se criar uma cultura de rede envolvendo a entidade e parceiros pertinentes de apoio permanente a uma necessidade de suficiência em sangue, a nível nacional, resultou inequivocamente no ano de 2013 cujos dois períodos críticos não registaram quebras sazonais, mas antes uma equalização da curva de tendência (ver, Anexo 16). Com efeito, no ano de 2013, foi possível manter um equilíbrio estável entre a procura de sangue e a oferta solidária dos dadores através de uma abordagem baseada em múltiplas estratégias de ação com as parcerias, tendo sido possível “(...) revert the seasonality and to equalize donation trend in the 2013” e “During february and summer we were able to support the transfusion activities”, conforme se reconhece na comunicação apresentada à European Conference on Donor Health and Management (EDQM) (Sousa *et al.*, 2014).

VI. CONCLUSÕES

6. Introdução à Síntese Conclusiva

Retomamos neste ponto o problema formulado nesta dissertação, o qual guiou a investigação teórica e empírica apresentada. A ênfase foi colocada na dificuldade de integrar, de modo semi-conectado, as organizações complexas de saúde de elevada diferenciação interna, cuja consequência se espelha na ausência de processos de trabalho colaborativo transversais e num enquistamento no paradigma industrial de produção. Este inibe, por sua vez, a necessária flexibilidade organizacional e o auto-desenho permanente, com vista à eficácia durável. Deste ponto de vista, a dificuldade, assim definida, ganharia a sua máxima expressão em organizações públicas de saúde, dada a ausência de envolvimento do cliente na coprodução do serviço. A organização em referência foi estudada como um caso paradigmático, suscetível de se enquadrar integralmente no problema formulado, dado que depende totalmente do cliente - o dador de sangue. Foi ainda proposta uma declinação do problema em quatro objetivos de investigação teórico-empírica com vista à sua verificação, de modo a poder ajuizar a validade dos fundamentos do problema tal como se encontra formulado.

6.1. Principais Conclusões e Confronto com os Objetivos

A revisão de literatura desenvolvida prestou conforto às questões de pesquisa e aos objetivos teóricos, tal como foram deduzidos e traduzidos em dificuldades diversas em ordem à prossecução da eficácia no seio das organizações complexas de saúde. As dificuldades podem, entretanto, ser enunciadas pelos conjuntos de proposições que em seguida se apresentam.

- i) O primeiro enunciado reflete a difícil emergência da coprodução dos serviços de saúde em resultado do não envolvimento dos clientes, com as suas necessidades e expectativas, desde a conceção e processo produtivo. Esta situação dificulta, entretanto, a força conectadora do comprometimento de todos os atores organizacionais com a finalidade deste tipo de organizações -a saúde da comunidade.
- ii) A segunda proposição refere-se à impossibilidade prática que estas organizações apresentam de se integrarem de forma semi-conectada, e de privilegiarem, no seu seio os mecanismos de coordenação semiautomáticos. Baseando-se estes na estandardização de competências e conhecimentos ou na autonomia dos profissionais

para gerir clientes e mercados, a situação resultante dificulta o ajustamento mútuo bem como a partilha de valores, a qual se revela, em consequência, inibidora da força colaborativa que a circulação do conhecimento potenciaria;

- iii) A terceira asserção prende-se com a complexidade resultante de mundos profissionais cujos mapas cognitivos são considerados irreconciliáveis na sua essência. Desta paradoxalidade deriva uma pulverização de lógicas nas práticas quotidianas (rotinas), com as consequências de espartilho da capacidade de atenção ao inesperado e da falta de um sistemático sentido de urgência, enquanto força promotora da colaboração;
- iv) A quarta expressão está relacionada com o “enactment” e com a dificuldade associada à falta de reconhecimento da necessidade de criação do meio, o qual se impõe, por sua vez, às organizações em geral e às de saúde em particular. O meio, porém, dado que não se consegue controlar de fora para dentro, tem tendência a falhar enquanto força potenciadora de uma “cultura de experimentação”, capaz, por sua vez, de estabilizar as condições da ação colaborativa.

Em síntese, as proposições deduzidas da literatura permitem sustentar a ideia de uma quarta força inspirada do conjunto da reflexão de Karl Weick, e que completaria as três forças promotoras da ação colaborativa **i)** comprometimento com o foco permanente e transversal com o cliente e/ou parceiros; **ii)** circulação do conhecimento, o qual deve chegar a cada ator de acordo com a sua necessidade de atuação na organização ou “conhecimento just-in-time”; **iii)** e o sentido de urgência); entre os quatro mundos identificados por Glouberman e Mintzberg (2001) e Mintzberg (2012). Esta quarta força é por nós definida como a legitimação de uma “cultura de experimentação” que desafia rotinas protocoladas, envolvendo o cliente e outros atores pertinentes internos, criando uma dinâmica de inovação complementar à rotina, sem correr os riscos inerentes a um caos anárquico.

A análise de dados e de resultados, desenvolvida em torno dos conceitos operativos extraídos destes objetivos teóricos, permitiram identificar as forças promotoras da colaboração ao nível da instituição em referência, neste estudo de caso. Efetivamente foi possível verificar o que nos parece ser um resultado maior: o da imagem em espelho dos mapas cognitivos entre a comunicação institucional e das representações dos estudantes, nas perceções irreconciliáveis entre atores. Assim, o mapa cognitivo da comunicação institucional relativo aos dadores centra-se no apelo a uma adesão firme, mas sem um autêntico envolvimento dos mesmos, bem como num apelo a uma disponibilidade cidadã, mas amputado de uma verdadeira pro-atividade. Por seu lado, o mapa cognitivo dos estudantes

responde por uma igual representação da colheita de sangue como produção e segundo a metáfora do *stock* (banco de sangue) com características industriais. Quanto à disponibilidade solicitada aos dadores, esta aparece marcada com traços de forte reatividade, sem qualquer questionamento da sua perceção enquanto “reserva de sangue no braço”. A colaboração entre o mundo interno e o mundo externo, à luz do modelo das forças de Glouberman e Mintzberg (2001) apenas poderia emergir no âmbito de um apelo de urgência acerca da necessidade de sangue, fazendo depender o êxito daquela adesão à dádiva, em particular do apelo institucional explícito.

O paradoxo da comunicação, teorizada desde os anos 50 pela escola de Palo Alto, parece ler a realidade que acabámos de descrever, a qual reforça, inequivocamente, aquilo que designámos de disponibilidade reativa associada à ausência de coprodução. A tradução da situação poderia explicitar-se do modo seguinte: se há iminência de falta de sangue apela-se à dádiva; o dador (ou potencial dador) reforça a sua ideia baseada na ideia de intermitência da dádiva, pois se e quando necessária, alguém virá fazer o apelo, e com certeza, alguém responderá, não tendo, por isso, razões para se preocupar.

A resolução deste paradoxo da comunicação parece vir da interpretação do mapa da comunicação de parcerias, promotora de uma cultura de rede, e que impediria a fixação numa ideia de urgência, que rapidamente se esgota na sua ação, i.e., seria esporádica e de efeito não duradouro.

A possibilidade da ação sobre o meio e da reconfiguração do mesmo, enquanto resultado do “enactment”, desenvolvido no seio da comissão de promoção, permitiu criar um dinamismo de “mudança profunda e contínua” (Weick e Quinn, 1999) na organização de referência, sustentado numa cultura de experimentação. Esta permitiu, nomeadamente, toda uma exploração dos espaços de colaboração com a comunidade, alguns deles já anteriormente identificados e em ativação na entidade, mas nunca antes integrados através de uma filosofia de trabalho em rede. Nos termos de Weick (2001), tratava-se de explorar o *residuum* da ação, no contexto de uma lógica de multiplicação de novas atuações, não previstas e dificilmente planeáveis, sobre o meio, e que resultariam em verdadeiras oportunidades de inovação, organizacional. A inovação gerada pela comissão potenciou, deste modo, a ação sobre determinados elementos do *residuum* organizacional (meios internos anteriormente parcelarizados, como a tecnologia ou as competências) que quando desconexos não geravam disponibilidades. O “efeito butterfly” aqui decorrente possibilitaria, ainda, o envolvimento em ações colaborativas por parte dos restantes grupos adhocráticos internos, cada qual com os

seus parceiros internos e/ou externos, fazendo-os aceder a uma grande rede de oportunidades colaborativas, com impacto socioeconómico relevante.

Esta mudança contínua, a partir do contágio pela boa prática desenvolvida (kaizen, conceito central da TQM), seria suscetível de envolver, de modo colaborativo, toda a estrutura da entidade, e ganhá-la deste modo para a semi-conexão, sem entretanto perder nenhuma das virtualidades da sua complexidade enquanto organização em processo de fusão.

A fim de relevar, entretanto, a evidência empírica relativa a estes dois últimos objetivos empíricos (a semi-conexão e a complexidade), seria necessário explorar, com um trabalho equivalente ao desenvolvido para os dois primeiros objetivos (coprodução e “enactment”), tirando partido das atas de reuniões, de entrevistas realizadas com informantes privilegiados, dos mapas cognitivos da entidade elaborados a partir de relatos de observação participante, e das múltiplas reuniões periódicas ou ocasionais com os principais atores da estrutura hierárquica, bem como, nomeadamente, da disponibilidade destes para aceitar a exploração das falhas organizacionais, ou evidências de *residuum* (Weick, 1979; 2001) sem temor dos respetivos efeitos punitivos, em linha com as propostas de Beaumard e Starbuck (2005).

Além da exploração dos aspetos da ação sobre o meio externo e interno (variável de contingência mercado), cumpre-nos ainda refletir, acerca da outra variável de contingência organizacional (tecnologia), à luz da própria história natural da investigação-ação desenvolvida e que aqui se retoma traduzido na decisão de interromper a investigação-ação por opção dada à preferência pela tecnologia, opondo-a ao desenvolvimento organizacional na resolução do problema da sazonalidade e da quebra de dadores. A uma cultura de experimentação, com base no “enactment” com uma estrutura semi-conectada, e mantendo a complexidade na diversidade de conhecimentos e competências, a entidade colocou a força da mudança do lado da cultura nesta dissertação, designada por cultura neo-taylorista. Recorde-se que a comissão de promoção apesar dos resultados conseguidos no ano de 2013 viu redefinida as suas prioridades no último trimestre de funcionamento o que demonstra a dominância desta cultura neo-taylorista já a aflorar.

Efetivamente, as organizações atuais, frequentemente, centram-se na ideia da importância determinante das TIC, como fonte primordial de eficácia organizacional, assumindo-as como o verdadeiro recurso raro da era atual, dada a riqueza de informação que acarretam (Simon, 1982). Robert Solow, no final da década de oitenta, demonstrava o bem

fundado do alerta de Simon através do seu famoso paradoxo, o qual referia que o investimento em TIC não se refletiria num equivalente aumento da produtividade esperada, podendo mesmo fazê-la baixar.

A entidade analisada concentrou-se, ela própria, no período imediatamente anterior à investigação-ação, em múltiplas formas tecnológicas orientadas para o foco interno (*e.g.*, aplicação de monitorização das reservas de sangue), e outras para o contacto direto com o cliente, com vista ao seu envolvimento no processo da dádiva (*e.g.*, “call-center”; SMS). Apesar destes investimentos a curva de tendência de quebra de disponibilidade de sangue, nos dois períodos críticos de ano, mantinha-se inalterada. Com imposição feita sobre as funções nucleares da comissão no desenvolvimento da sua relação das parcerias numa estratégia de cultura de experimentação perde impacto a força colaborativa conectadora que desta resultava, sobrepondo-se a crença da linearidade da ação por via tecnológica – cultura neo-taylorista. Neste sentido, subsequente ao *terminus* da nossa investigação-ação no âmbito da ação da comissão de promoção, a tendência de sazonalidade da quebra de colheita de sangue reimpôs-se, e desde então verificada nos quatro períodos críticos dos últimos dois anos. Tal situação deixou o ano de 2013 como a única exceção de equalização da curva de tendência, em mais de uma década. A continuidade da investigação-ação como condição de integração flexível e de inovação organizacional terá perdido toda a relevância para a liderança da entidade, dando preferência às aplicações de tecnologia interativa para “smart phones” associada a um “site”, sobre uma ação estratégica de foco no cliente e na coprodução, no quadro mais lato de uma rede de parcerias mediadoras entre os três mundos internos e o mundo externo da comunidade.

Nos termos de Karl Popper, são as exceções que constituem o elemento relevante da investigação científica, esta revolução tecnológica, sem deixar de ter uma importância determinante na organização do trabalho da era atual (Lopes, 2012; Espanha, 2013), apenas pode ser potenciada, através da emergência de múltiplos mediadores credíveis, disponíveis para a organização em rede, para envolver os clientes na coprodução e na inovação do serviço. Esta mediação credível ocorreu neste estudo de caso, nas circunstâncias que a investigação-ação ajudou a criar através de uma comissão semi-conectada mantendo as condições de uma transversalidade das funções internas (diversidade e complexidade) apoiada na figura do que George e Mannarini (2013) propõem na sua designação de “integrador transversal”, em linha com o que Lopes (2012), propõe, igualmente, figura esta assumida no protocolo que deu origem à investigação-ação.

6.2. Limitações do Estudo

Como limitações ao estudo de caso apresentado nesta dissertação, podemos enunciar as que se seguem. Assim,

- i) A primeira limitação decorre do tempo da investigação-ação que consideramos insuficiente para se testar com múltiplas formas de evidência a força conectadora do que designámos de cultura de experimentação, associada à recomendação de Glouberman e Mintzberg (2001) em se explorarem as possíveis forças de ação colaborativa, em organizações complexas, nomeadamente as de saúde.
- ii) A segunda limitação é relativa à exiguidade da amostra de estudantes universitários entrevistados por método de *focus* grupos. De modo a verificar a extrapolação do mapa cognitivo encontrado da disponibilidade reativa desta população face à dádiva de sangue como resposta, em espelho, ao mapa cognitivo da instituição revelador de uma quase completa ausência de coprodução do serviço com estes clientes, necessitaríamos de aumentar a amostra contemplando a representatividade atual desta população-alvo.
- iii) Como terceira limitação, admitimos que não foi possível explorar a multiplicidade de materiais recolhidos e desenvolvidos no contexto desta investigação-ação (*e.g.*, observação participante; atas de reunião; anotações do investigador; relatórios; demais campanhas implementadas; entrevistas produzidas em contactos com associações de dadores ou novos parceiros) e da observação não-participante, levada a cabo pelo aluno de *PhD* (*e.g.*, caderno do investigador), igualmente circunscrita à ação da comissão, e delas retirar dados complementares de evidência para a nossa dissertação. Tal material não foi por nós analisado por necessidade de foco num problema circunscrito, e dos elementos resultantes da observação não-participante, não terem ainda sido publicados.

6.3. Pistas de Investigação Futura

Na elaboração deste ponto, sublinhamos as possibilidades de investigações futuras levantadas pelos efeitos associados, direta ou indiretamente, aos objetivos analisados. Assim:

- i) Em primeiro lugar, o foco da investigação-ação desenvolveu-se em torno da ação de “enactment” da comissão de promoção ou de uma atuação estratégica sobre o meio focada na coprodução do serviço com o cliente, a partir de uma rede de parcerias mediadoras, criando a partir desta, o alargamento da rede nacional de sangue. Tal

atuação possibilitou, a resolução do problema maior e tido por mais urgente pela entidade, o da quebra de dívida em dois períodos críticos, conhecidos e cíclicos. Os resultados obtidos daqui decorrentes possibilitaram afirmar, na EDQM (ver, Anexo 16) que a equalização da curva de tendência de dívida de sangue verificada no ano de 2013 se poderia afigurar a uma variável dependente do que designámos por uma cultura de experimentação. W. R. Scott, revisitado por Weick (2001), já nos anos 80 considerava que uma única questão poderia desencadear um ciclo de mudança e de eficácia global, assente na semi-conexão como enquadramento e suporte da ação. Parece-nos pertinente sugerir a exploração de outras situações de “enactment”, em contexto organizacional, a fim de se poder testar, em organizações complexas de saúde e estando garantidas as seguintes condições: o foco no cliente (coprodução), a semi-conexão (diversidade; flexibilidade) e o sentido de missão (complexidade na reconciliação entre mundos), se a escolha de uma única dinâmica de ação estratégica sobre o meio (“enactment”) originaria resultados similares, lidos por critérios de eficácia, como sugerem Weick (2001) e Hollembeck e Spitzmuller (2012).

- ii) Em segundo lugar enunciamos outra pista de investigação futura a qual se prende com as condições em que a comissão de promoção pode atuar e ganhar o apoio tácito da liderança. A comissão apostando-se com uma configuração adhocrática (ajustamento mútuo) apoiada no conjunto das quatro forças potenciadoras da ação colaborativa acima referidas e possuindo as características definidas por Serge Moscovici para os grupos minoritários, coerentes, consistentes e ativos não conseguiu contagiar outras comissões através da sua ação e resultados. Se nos basearmos em Reto e Lopes (1991) que admitem a necessidade de um apoio inequívoco de um líder com crédito idiossincrático bem como na hipótese de Mintzberg (1989) que considera a necessidade de uma liderança que promove o princípio do ação sobre o planeamento, ou ainda de Weick e Quinn (1999) com a hipótese da mudança pelo “descongelamento permanente” associado a um líder que oferece o seu exemplo, parece-nos ser de explorar a conjugação destas duas condições na condução da mudança profunda, transversal e durável, em situações similares.
- iii) Em terceiro lugar e na sequência dos dois *focus* grupos, assinalámos a emergência de uma sensibilização às questões da disponibilidade voluntária e cidadã, relativa à dívida de sangue, sem que na condução destas entrevistas tal propósito estivesse estado alguma vez presente. A exploração deste método com o seu potencial pedagógico aliado à sua vertente de investigação e de mudança do mapa cognitivo dos

mais diversos públicos-alvo parece viável e a explorar, à disposição de organizações complexas de saúde, com vantagens mútuas.

Referências Bibliográficas

Ancona, D. 2012. Sensemaking: Framing and Action in the Unknown. In Snooke, S., Nohna & Khurana, R. (Eds.), *The Handbook for Teaching Leadership: Knowing, Doing and Being*: 3-20. Thousand Oaks: Sage Publications.

Andreasen, A. R. & Kotler, Ph. 2004. Strategic Marketing for Nonprofit Organizations (6th ed.). London: Prentice Hall.

Antunes, J. e Rita, P. 2008. O Marketing Relacional como novo Paradigma: Uma análise conceptual. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Abril/Junho:36-46.

Astley, W.G. & Van de Ven, A.H. 1983. Central perspectives and debates in organization theory. *Administrative Science Quarterly*, 28(2): 245-273.

Baker, G. R. & Denis, J. L. 2011. Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership. *Public Money & Management*, 31(5): 355-362.

Balogun, J., Sigismund, A. H. e Johnson, P. 2003. Three Responses to the Methodological Challenges of Studying Strategizing. *Journal of Management Studies*, 40(1): 197-224.

Baumard, Ph. & Starbuck, W. H. 2005. Learning from Failures: Why It May Not Happen. *Long Range Planning*, 38: 281-298.

Barney, J. & Hesterly, W.S. 2008. *Administração Estratégica e Vantagem Competitiva*. São Paulo: Prentice Hall.

Burrell, G. & Morgan, G. 1979. *Sociological paradigms and organizational analysis*. London: Heinemann Educational Books.

Bednall, T.C. & Bove, L. L. 2011. Donating Blood: A Meta-Analytic Review of Self-Reported Motivators and Deterrents. *Transfusion Medicine Reviews*, Vol. 25(4): 317-334.

Bennis, W. & Nanus, B. 1985. *Leaders: The Strategies for Taking Charge*. New York: Harper & Row.

Chandler, A. D. Jr. & Daems H. (Eds) 1980. *Managerial Hierarchies: Comparative Perspectives on the Rise of the Modern Industrial Enterprise*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Chandler, A. (1977). *The Visible Hand: The Managerial Revolution in American Business*, Cambridge MA: Belknap Press.

Chia R. 2003. Organization Theory as a Postmodern Science. In Tsoukas, H. & Knudsen, C. (Eds.), *Handbook of Organization Theory, Meta-theoretical perspectives*: 113–140. Oxford: Oxford of University Press.

Crisp, N. (Eds.). 2014. *The Future for Health: Everyone has a role to play*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions de Seuil.

Crozier, M. 1989. *L'entreprise à l'écoute*. Paris: Interéditions.

Cruz, J. 2014. Este Cavalheiro era João Semana. *Acta Médica Portuguesa*, Jan-Fev, 27(1):148-151.

Cunha, M. P., Rego, A. e Cabral-Cardoso, C. 2007. *Tempos Modernos: Uma História das Organizações e da Gestão*. Lisboa: Sílabo.

Denzin, N. K. & Lincon, Y. S. 2011. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In Denzin, N. K. & Lincon, Y. S. (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*: 1-20. Thousand Oaks, CA: Sage.

Dupuis, A. et Farinas, L. 2010. Vers un Appauvrissement Managérialiste des Organisations de Services Humains Complexes? *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2): 51-65.

Drucker, P. F. 1992. The new society of organizations. *Harvard Business Review*, 70(5), 95-104.

Drucker, P.F. 2012. *Para uma Sociedade Funcional*. Lisboa: D. Quixote.

Eden, C. & Huxham, C. 1996. Action Research for Management Research. *British Journal of Management*, Vol. 7: 75-86.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1): 107–115.

Etzioni, A. (1964). *Modern Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.

Espanha, R. 2013. *Informação e Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Fisher, C. 2010. *Researching and Writing a Dissertation* (3rd ed.). London: Prentice Hall.

Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P. & Walters R. 2002. Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: Multicentre Case Study and Management Cost Analysis. *British Medical Journal*, 325(3): 246-252.

Fulop, N., Protopsaltis, G., King, A., Allen, P., Hutchings, A. & Normand, C. 2005. Changing Organisations: A study of the Context and Processes of Mergers of Health Care Providers in England. *Social Science & Medicine*, 60(1): 119-130.

Grassineau, D., Papa, K., Ducourneau, A., Duboz, P., & Chiaroni, J. 2007. Improving minority blood donation: Anthropologic approach in a migrant community. *Transfusion*, 47: 402-409.

George, A. et Mannarini, M. 2013. L'hôpital, un système organisé de territoires et de processus orienté performance et contrôle. *Comptabilité sans Frontières: The French Connection*, (2) : 1-23.

Gephart, R. P Jr. 2004. Qualitative Research and the Academy of Management Journal. *Academy of Management Journal*, 47(4): 454-462.

Gioia, D.A. 2006. On Weick: An Appreciation. *Organization Studies*, 27(11): 1709-1721.

Gioia, D. A., Corley, G. & Hamilton, A. L. 2012. Seeking Qualitative Rigor: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1): 15-31.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. 2001. Managing the Care of Health and the Cure of Diseases, Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, Winter: 56-71.

Gaynor, M., Laudicella, M. & Propper, C. 2012. Can Governments do it better: Merger Mania and Outcomes in the English NHS. *Journal of Health Economics*, Vol: 31, 528-543.

Graneheim e Lundman. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today* 24: 105-112.

Grassineau, D., Papa, K., Ducourneau, A., Duboz, P., & Chiaroni, J. 2007. Improving minority blood donation: Anthropologic approach in a migrant community. *Transfusion*, 47: 402-409.

Grönroos, C. 2006. Adopting a Service Logic for Marketing. *Marketing Theory*, Vol. 6(3): 317-333.

Grönroos, C. (2011). A Service Perspective on Business Relationships: The Value Creation, Interaction and Marketing Interface. *Industrial Marketing Management*, 40: 240–247.

Hampden-Turner, Ch. 1993. *Cultura de Empresa: do Círculo Vicioso ao Círculo Virtuoso*. Lisboa: Presença.

Hirschman, A.O. 1970. *Exit, Voice and Loyalty - Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge (MA): Harvard University Press.

Hood, C. 1991. A public management for all seasons? *Public Administration*, Vol. 69, Spring, 1991 (3-19).

Hollebeck, J. & Spitzmuller, M. 2012. Team structures: Tight *versus* Loose coupling in task oriented groups. In Kozlowsky, S. & Nathan, P. (Eds.), *The Oxford Handbook of Organizational Psychology*, vol. 2: 733-766. New York: Oxford University Press.

Hofstede, G. 1991. *Culturas e Organizações: Compreender a nossa programação mental*. Lisboa: Edições Sílabo.

Hollingsworth B. & Wildman J. 2004. What population factors influence the decision to donate blood? *Transfusion Medicine*, 14, 9:12.

Hosking, D.M. & Morley, I.E. 1991. *A social psychology of organizing. People, processes and contexts*. London: Harvester Wheatsheaf.

Jordão, F. 2000. As estruturas de conhecimento de responsáveis bancários sobre a organização: Estudos de mapeamento cognitivo. In Gomes, A. D., Caetano, A., Keating, J. & Cunha, M.P. (Eds.), *Organizações em Transição: Contributos da Psicologia do trabalho e das organizações*, 7-34. Coimbra: Imprensa da Universidade.

Kamberelis, G. & Dimitriadis, G. 2011. Focus Groups: Contingent Articulations of Pedagogy, Politics, and Inquiry. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*: 545-562, Thousand Oaks, CA: Sage.

Katz, D. & Kahn, R. 1976. *Psicologia Social das Organizações* (2a ed). São Paulo: Editora Atlas, S.A.

Lawrence, P. R. & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations, *Administrative Science Quarterly* 12(1): 1-47.

Leone, L. 2010. *A Critical Review of Improvisation in Organizations: Open Issues and Future Research Directions*, Paper presented at the summer conference at Imperial College: London Business School.

Levin, M. & Greenwood, D. 2011. Revitalizing Universities by Reinventing the Social Sciences: *Bildung* and Action Research. In Denzin, N. K. & Lincon, Y. S. (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*: 27-42, Thousand Oaks, CA: Sage.

Lincon, Y. S., Lynham, S.A. & Guba, E. G. 2011. Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences, Revisited. In Denzin, N. K. & Lincon, Y. S. (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*: 97-128. Thousand Oaks, CA: Sage.

Lopes, A. (2012). *Fundamentos da Gestão de Pessoas*. Lisboa: Sílabo.

Lopes, A. e Reto, L. 1987. Da Manufactura às Novas Formas de Organização do Trabalho: A ordem de um percurso, *Análise Psicológica* 3(3): 277-294.

Lopes, A. e Reto, L. 1990. Identidade da Empresa e Gestão pela Cultura. Lisboa: Sílabo.

Lopes, C. M. 2001. A Cultura Burocrática da Administração Pública, Principal Travão à Modernização Administrativa? *RH Magazine*, Edição nº. 13, Março/Abril.

March, J. G. & Olsen, J. P. 1975. The Uncertainty of the Past: Organizational Learning under Ambiguity. *European Journal of Political Research*, 3: 147-171.

March, J. & Simon, H. 1993. *Organizations* (2nd ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. *Qualitative Data Analysis* (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.

Mintzberg, H. 1989. *Mintzberg on Management: Inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press.

Mintzberg, H. 1995. *Estrutura e Dinâmica das Organizações* (3ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Mintzberg, H. & Glouberman, S. 2001. Managing the Care of Health and the Cure of Diseases, Part II: Integration. *Health Care Management Review*, Winter: 72-86.

Mintzberg, H. 2005. Developing Theory about the development of theory. In Smith, K.G. & Hitt, M. A. (Eds.), *Great Minds in Management: The Process of Theory Development*: 355-372. Oxford: Oxford University Press.

Mintzberg, H. 2007. *Gestores, Não MBAs*. Lisboa:D. Quixote.

Mintzberg, H. 2012. Managing the Myths of Health Care. *World Hospitals and Health Services*. Vol. 48, No. 3: 4-7.

Moreira, P. S. 2007. *Liderança e Cultura de Rede em Portugal: Casos de Sucesso*. Lisboa: Livros Horizonte.

Murteira, M. (2005). *A Transição para a Economia do Conhecimento em Portugal*. Lisboa: Economia Global e Gestão.

Morgan, G. 1986. *Images of the organization*. Beverly Hills, CA: Sage.

OPSS. 2008. *Relatório de Primavera: Sistema de Saúde Português. Riscos e Incertezas*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa.

OPSS. 2015. *Relatório de Primavera: Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa.

Osborne, S. P., Radnor, Z. & Nasi, G (2012). A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach. *The American Review of Public Administration*, 20(10) 1–24.

Ouchi, W. 1981. *Theory Z. Reading*. MA: Addison-Wesley.

Parasurman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. 1988. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64(1), Spring: 12-40.

Pascale, R. & Athos, A. 1981. *The Art of Japanese Management*. London: Penguin Books.

Perrow, C. 1986. *Complex Organizations: A Critical Essay* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Peters, J. T. 1987. *Thriving on Chaos: Handbook for a Management Revolution*, New York: Harper Collins.

- Peters, T & Waterman, R. 1982. *In Search Of Excellence*, New York: Harper Collins.
- Pettigrew, A. M. 1987. Context and action in the transformation of the firm. *Journal of Management Studies*, 24, 649-70.
- Pettigrew, A. M. 2012. Context and action in the transformation of the firm: A Reprise *Journal of Management Studies*, 49: 7, November 1304-1328.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. 1977. Organizational design: The case for a coalition model of organizations. *Organizational Dynamics*, Autumn, 6(2): 15-29.
- Pfeffer, J. 1998. *The Human Equation*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Prahalad, C.K. & Ramaswamy, V. 2004. Co-creation Experiences: The Next Practices in Value Creation. *Journal of Interactive Marketing*, Summer, 18(3):5-14.
- Pratt, M. G. 2009. From the Editors: For the Lack of a Boilerplate: Tips on Writing Up (Reviewing) Qualitative Research. *Academy of Management Journal*, 52(5) 856-862.
- Quinn, R. & Rohrbaugh, J. 1983. A Spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29: 363-377.
- Reto, L. e Lopes, A. 1991. *Liderança e Carisma*. Lisboa: Minerva.
- Silverman, D. 2005. *Doing Qualitative Research* (2nd ed.). London: Sage.
- Simon, H. 1982. *Models of Bounded Rationality*. Boston: MIT Press.
- Starbuck, W. 1983. Organizations as action Generators. *American Sociological Review*, 48 (Fev): 91-102.
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. & Rook, D. W. 2007. *Focus Groups: Theory and Practice* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Titmuss, R. M. 1971. *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*, London: George Allen & Unwin.
- Tsoukas, H. & Knudsen, C. 2003. Introduction: the need for meta-theoretical reflection in organization theory. *The Oxford Handbook of Organization Theory*. Oxford: Oxford University Press: 1-36.

Vangen, S. & Huxham, C. 2003. Enacting Leadership for Collaborative Advantage: Dilemmas of Ideology and Pragmatism in Activities of Partnership Managers. *British Journal of Management*, Vol. 14: S61-S76.

Weick, K. E. 1976. Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. *Administrative Science Quarterly*, 21, Mar: 1-19.

Weick, K. E. 1979. *The social psychology of organizing* (2nd ed.), New York: McGraw-Hill, Inc.

Weick, K. E. 1987. Organizational Culture as a Source of High Reliability. *California Management Review*, 29(2), Winter: 112-127.

Weick, K. & McDaniel, R. R. Jr. 1989. How professional organizations work: Implications for school organization and management. In Sergiovanni, T. J. e Moore, J. H. (Eds.), *Schooling for Tomorrow*: 330-355. Boston: Allyn and Bacon.

Weick, K. E. 1995. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Weick, K. E. 1998. Improvisation as a mindset for organizational analysis. *Organization Science*, 9(5): 543-555.

Weick, K. E. & Quinn, R. 1999. Organizational Change and Development. *Annual Review of Psychology*, Vol. 50: 361-386.

Weick, K. E. & Sutcliffe, K. (2001), *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco: Jossey Bass.

Weick, K. E. 2001. *Making Sense of the Organization*, Malden: Blackwell Publishing.

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M. & Obstfeld, D. 2005. Organizing and the Process of Sensemaking, *Organization Science*, 16(4), July-August: 409-421.

Weick, K. E. 2009. *Making Sense of the Organization: The Impermanent Organization*, West Sussex: John Wiley & Sons.

Weick, K. E. & Bougon, M. G. 2001. Organizations as Cognitive Maps: Charting Ways to Success and Failure. In Weick, K. E. (Ed.), *Making Sense of the Organization*: 308-329. Malden, MA: Blackwell Publishing.

Womack, J. P., Jones, D. T. & Roos, D. 1991. ***The Machine that Changed the World: How Japan's Secret Weapon in the Global Auto Wars Will Revolutionize Western Industry.*** New York: Harper Perennial.

ANEXO 1



Figura Anexo 1 – Identificação da nova entidade e sua composição pelos seis organismos anteriormente independentes (círculo cinzento).

Tabela Anexo 1 – Matriz de relação de competências institucionais por área de componentes orgânicos da nova entidade (afunilamento do terreno de acesso à investigação-acção)

COMPETÊNCIAS DA NOVA ENTIDADE	COMPONENTES ORGÂNICOS			
	Sangue	Células	Tecidos	Orgãos
Promoção	IA/UL	NA	NA	NA
Colheita	IA/UL	NA	NA	NA
Análises	NA	NA	NA	NA
Separação	NA	NA	NA	NA
Armazenamento	NA	NA	NA	NA
Distribuição	NA	NA	NA	NA
Regulação	NA	NA	NA	NA

Legenda: **NA** – Não Autorizado; **IA/UL** – Investigação-ação da Universidade de Lisboa



Figura Anexos 2 – Matricialização da estrutura por ação da intervenção da investigação-ação desenvolvida na entidade em processo de fusão

ANEXO 2

Tabela Anexo 2 - Ações de Investigação-Ação desenvolvidas no âmbito da CPPDSC

Ações de Investigação-acção desenvolvidas na CPPDSC	Total de Ações (concebidas, desenvolvidas e realizadas)	Ano 2012 (concebidas e desenvolvidas)	Ano 2013 (realizadas)
1 - Planos de Resposta Promocionais Nacionais complementares ao Planeamento Anual Nacional de Colheita de Sangue			
Reuniões Presenciais Internas (Formal: periodicidade quinzenal com toda a equipa da CPPDSC; Informal: periodicidade semanal com coordenadora da CPPDSC e elemento de Lisboa)	CPPDSC	CPPDSC	CPPDSC
Reuniões Presenciais: Stakeholders Externos (envolvimento directo em reuniões como elemento de contacto inicial; dinamizador e elemento de desenvolvimento das parcerias)	Danacol Menarini Diagnósticos Time-Out ANF JMS ESS Champalimaud Hospital Militar Immochan/Grupo Auchan DGS (PNDCV) ACIDI TP, IP EHTP IPDJ, IP Call-Center PT POPH	Danacol Menarini Diagnósticos ANF EHTP Call-Center PT	Danacol Menarini Diagnósticos ANF Time-Out JMS ESS Champalimaud Hospital Militar Immochan /Grupo Auchan DGS (PNDCV) ACIDI TP, IP IPDJ, IP Call-Center PT POPH
Campanhas Promocionais Nacionais: Carnaval (respostas promocionais nacionais face à previsível diminuição de dádivas mês de fevereiro)	Circuito Hospitalar Danacol Time-Out ANF		Circuito Hospitalar Danacol Time-Out
Campanhas Promocionais Nacionais: Verão (respostas promocionais nacionais face à previsível diminuição de dádivas mês de setembro)	Immochan/Grupo Auchan Mundicenter ANF		Immochan/Grupo Auchan Mundicenter
Protocolos Colaboração Nacionais: Bianaus e por um Biénio (respostas promocionais nacionais a realizar 2x/ano e por um biénio face à sazonalidade conhecida da dádiva de sangue)	Circuito Hospitalar Danacol ANF DGS (PNDCV) ACIDI TP, IP IPDJ, IP		Circuito Hospitalar Danacol TP, IP
Meios Promocionais e de Comunicação (elementos transversais criados pela CPPDSC para apoiar todas as campanhas promocionais planeadas, concebidas, desenvolvidas e realizadas)	Apresentação Vídeo (3 CST); Mitos e Dúvidas (dádiva de sangue e MO); Posicionamento Campanhas (<i>claims</i> ; símbolos; outros); Cartas Apresentação (estabelecimento parcerias); Cartas Agradecimento (resultados campanhas)		Apresentação Vídeo (3 CST); Mitos e Dúvidas (dádiva de sangue e MO); Posicionamento Campanhas (<i>claims</i> ; símbolos; outros); Cartas Apresentação (estabelecimento parcerias); Cartas Agradecimento (resultados campanhas)
Relatórios de Situação Parcelares	ANF Immochan/Grupo Auchan Campanha de Verão (previsão)		ANF Immochan/Grupo Auchan Campanha de Verão (previsão)
Relatórios de Resultados das Campanhas	Relatório Intercalar Março Relatório Intercalar Maio Relatório Intercalar Junho Relatório Intercalar Setembro		Relatório Intercalar Março Relatório Intercalar Maio Relatório Intercalar Junho Relatório Intercalar Setembro

Investigação-ação - CPPDSC	Total de Ações (concebidas, desenvolvidas e realizadas)	Ano 2012 (concebidas e desenvolvidas)	Ano 2013 (realizadas)
2 - Planos de Resposta Nacionais a situações de Emergência e Contingência com Impacto na Reserva Nacional de Sangue			
Reuniões Presenciais Internas (Formal: periodicidade quinzenal com toda a equipa da CPPDSC; Informal: periodicidade semanal com coordenadora da CPPDSC e elemento de Lisboa)	CPPDSC		CPPDSC
Reuniões Presenciais com Pontos Focais Externos (envolvimento directo em reuniões como elemento de contacto inicial; dinamizador e elemento de desenvolvimento dos protocolos)	EMFA GNR PSP Marinha ANPC INEM		EMFA GNR PSP Marinha ANPC INEM
Protocolos Celebrados (resposta a situações de emergência e contingência com impacto na RNS)	GNR PSP Marinha		
Planos de Resposta Nacionais a situações de Emergência e Contingência com Impacto na Reserva Nacional de Sangue	Plano de Nacional Emergência a eventos com impacto na RNS Plano Nacional de Contingência a eventos com impacto na RNS		Plano de Nacional Emergência a eventos com impacto na RNS Plano Nacional de Contingência a eventos com impacto na RNS
3 - Planos de Promoção Nacionais: Cidadania Solidária, Saudável e Regular da Dádiva de Sangue			
Plano de Formação e Desenvolvimento Nacional: Cidadania Solidária e Regular da Dádiva de Sangue (atividades de enriquecimento curricular no pré-Escolar, 1º CEB ao 3º CEB e Secundário)	Identificação dos Stakeholders: MEC		Plano de Formação e Desenvolvimento Nacional
Plano de Formação e Desenvolvimento Nacional: Cidadania Solidária e Regular da Dádiva de Sangue (ANCCT; RCCV, ECV)	Identificação dos Stakeholders: ANCCT, RCCV e ECV		Plano de Formação e Desenvolvimento Nacional
Plano de Formação e Desenvolvimento Nacional: Cidadania Solidária e Regular da Dádiva de Sangue (comunidades e minorias étnicas residentes em território nacional)	ACIDI		Plano de Formação e Desenvolvimento Nacional
4 - Levantamento da Convocação, Alerta e Contacto com os Dadores de Sangue: SMS e Call-Center			
Levantamento Nacional de Contacto, Convocação e Alerta dos Dadores de Sangue: SMS e Call-Center (atendendo à estratificação estabelecida para a RNS)	CPPDSC CAFI		Levantamento Nacional de Contacto, Convocação e Alerta dos Dadores de Sangue
5 - Levantamento Registo Informático Dadores de Sangue: Caracterização do Perfil Sociodemográfico do Painel Dadores			
Levantamento Registo Informático Dadores de Sangue: Caracterização do Perfil Sociodemográfico do Painel Dadores (levantamento e revisão dos campos do Sistema de Informação (variáveis), em utilização nos três CST, para inscrição e registo da população de dadores de sangue, em Portugal)	CPPDSC		Levantamento Campos de registo informático (CSTs) Dadores de Sangue: Caracterização do Perfil Sociodemográfico do Painel Dadores

ANEXO 3

Tabela Anexos 3 - Meios de promoção e comunicação institucionais analisados: Campanha Nacional 2012 e Campanha Nacional 2013

Anos	Campanhas Institucionais Nacionais:	Meios de Promoção e Comunicação Institucional	Contacto Institucional
------	-------------------------------------	---	------------------------

2012



Figura Anexos 3 - Cartazes Campanha Institucional 2012

COM QUEM É COMPATÍVEL?

SE ÉS RH+	PODES RECEBER	PODES DAR
A+	A+, A-, O+, O-	A+, AB+
B+	B+, B-, O+, O-	B+, AB+
O+	O+, O-	O+, A-, B-, AB+
AB+	Todos com RH+ e RH-	AB+

SE ÉS RH-	PODES RECEBER	PODES DAR
A-	A-, O-	A-, A+, AB+, AB-
B-	B-, O-	B-, A+, AB+, AB-
O-	O-	Todos com RH+ e RH-
AB-	Todos com RH-	AB-, AB+

TORNA-TE DADOR DE SANGUE

REGISTA-TE COMO DADOR DE MEDULA OSSEA

www.ipst.pt

SMS Convocação:
Conteúdo da mensagem associada:
 “Dia..., das..., contamos com a sua dádiva de sangue no.... Obrigada. IPST”

2013



Figura Anexos 5 - Cartazes Campanha Institucional 2013

DÁDIVA DE SANGUE

O sangue é obtido através de **dádivas voluntárias e não remuneradas**, efetuadas por pessoas em **excelentes condições de saúde**.

PARA SERES POTENCIAL DADOR BASTA

- Tomar a decisão de **dar sangue**.
- Sentires-te com **saúde e** teres **hábitos de vida saudáveis**. Far a **registo** através de identificação completa.
- Ir a **uma unidade**, respondendo com **sinceridade** às perguntas que te são feitas (a informação é guardada sob sigilo).
- Dar sangue**. Todo o material utilizado está esterilizado e é usado uma única vez.
- Tomar uma **curta refeição**.

UMA DÁDIVA DE SANGUE CONSISTE NA COLHEITA DE CERCA DE 450ML DE SANGUE

Os homens podem repetir a dádiva de 3 em 3 meses e as mulheres de 4 em 4 meses.

SÓ PRECISAS DE

- Ter pelo menos **50kg**.
- Ter idade superior a **18 anos**.
- Ser **asaludável**.

PARA DADOS SANGUE DEVEZ FAZÊ-LO SEM GRANDES PRESSAS

CUIDADOS A TER NA DÁDIVA DE SANGUE

ANTES

- Deves hidratar-te com líquidos como água ou chá no dia anterior e no próprio dia.
- Deves evitar grandes períodos de exposição solar.
- Deves tomar o pequeno almoço se deres sangue de manhã.
- Se deres sangue depois do almoço deves aguardar 3 horas para completes a digestão.

APÓS

- Deves continuar a hidratar-te.
- Deves evitar grandes períodos de exposição solar.
- Deves evitar exercícios físicos.

DADORES DE MEDULA OSSEA SABIAS QUE?

Há doenças como as Leucemias e alguns tipos de Linfomas, entre outras que podem ser curadas através de um **transplante de medula óssea?**

Estes doentes só têm **25%** de hipóteses de terem um irmão igual e a percentagem de encontrarem um **dador compatível de medula óssea?**

O **Registo Português de Dadores de Medula Óssea** existe para que se possam encontrar **dadores** para estes casos.

Para seres **potencial dador**, basta preencheres um **inquérito**, fazer uma pequena **recolha de sangue**, e se tudo estiver bem, ficas inscrito numa base de dados nacional e internacional que é pesquisada diariamente para todos os doentes que necessitem de transplante.

SÓ PRECISAS DE

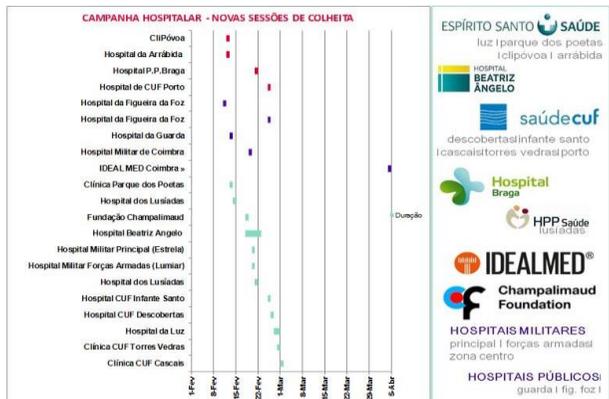
- Ter entre **18 e 45 anos** de idade.
- Ter pelo menos **50kg**.
- Ser **asaludável**.

SMS Alerta:
Conteúdo da mensagem associada:
 “caro dador: não se esqueça de dar sangue na sua localidade, empresa, hospital ou IPST. Como sempre, contamos consigo”

Figura Anexos 4 – Folheto Institucional “Torna-te Dador”

ANEXO 4

Tabela Anexos 4 - Campanhas de Promoção Nacionais para os períodos críticos de dádiva de sangue (meios de promoção e comunicação selecionados)

Períodos Críticos	Campanhas Promocionais Nacionais:	Planeamento Campanha e Target	Objetivo Posicionamento	Meios de Promoção e Comunicação	Resultados
Período do Carnaval (respostas promocionais nacionais face previsível diminuição de dádivas mês fevereiro)	 <p>CAMPANHA HOSPITALAR - NOVAS SESSÕES DE COLHEITA</p> <p>Logótipos: ESPÍRITO SANTO SAÚDE, HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO, saúdecuf, Hospital Braga, HPP saúde, IDEALMED®, Champalimaud Foundation, HOSPITAIS MILITARES, HOSPITAIS PÚBLICOS.</p>	<p>N.º dias campanha: 21 dias (11 fev a 01 mar; 4 abr)</p> <p>Total SC novas: 25 SC Sangue</p> <p>Total SC campanha: 70 SC Sangue</p> <p>População-Alvo: Profissionais de saúde; Colaboradores US; Doentes/Clientes e seus Acompanhantes.</p>	<p>Objetivo: Criar o maior n.º de novas SC de sangue em Hospitais/Unidades de Saúde, sem colheita, a realizar de modo regular, nos períodos previsíveis de quebra de dádiva de sangue (Fev. e Ago/Set.).</p> <p>Posicionamento: Amplificação da mensagem solidária da dádiva de sangue associando-a ao benefício de saúde oferecido na triagem clínica aos doadores de sangue (determinação e monitorização dos fatores de risco para a doença cardiovascular)</p>	<p>Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue</p> <p>Claim: “Dar sangue pode diminuir o seu risco cardiovascular: Dê sangue, Viva Melhor”</p>	<p>Campanha Circuito Hospitalar (nova e existente): Previstos: 2424; Inscritos: 2003; Colhidos: 1566</p> <p>Campanha Circuito Hospitalar (nova): Previstos: 958; Inscritos: 919; Colhidos: 696</p> <p>Campanha CH Total com as novas SC Sangue criadas (nova) cresceu 44%;</p> <p>Campanha CH Nova trouxe 73% Dadores Novos para a Dádiva de Sangue</p>
	 <p>Dar é receber</p> <p>DAR SANGUE PODE CONTRIBUIR PARA A DIMINUIÇÃO DO SEU RISCO CARDIOVASCULAR</p> <p>DÊ SANGUE VIVA MELHOR POR SI E POR QUEM MAIS PRECISA.</p> <p>DAR SANGUE PODE CONTRIBUIR PARA A DIMINUIÇÃO DO SEU RISCO CARDIOVASCULAR</p> <p>DÊ SANGUE VIVA MELHOR POR SI E POR QUEM MAIS PRECISA.</p>	<p>N.º dias campanha: 18 dias (11 a 30 mar)</p> <p>Total SC novas: 18</p> <p>Total SC campanha: 18</p> <p>População-Alvo: Todos os Dadores de Sangue dos 3 Postos Fixos (PF) de colheita dos 3 CST (Lisboa, Porto e Coimbra).</p>	<p>Objetivo: Campanha de fidelização dos dadores de sangue dos 3PF/CST, promoção da sua saúde e aconselhamento nutricional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aconselhamento nutricional e plano alimentar personalizado; 2) Determinação da HTA, Colesterol e IMC; 3) Oferta de 1 pack Danacol (6 iogurtes) a todos os dadores. <p>a realizar de modo regular, nos períodos previsíveis de quebra de dádiva de sangue (Fev. e Ago/Set.).</p> <p>Posicionamento: Promoção da saúde dos dadores de sangue dos PF e educação para comportamentos e hábitos de vida saudáveis, com o apoio de uma marca líder no setor alimentar de produtos alimentares saudáveis.</p>	<p>Cartaz Danacol Folheto Danacol</p> <p>Claim: “Dar é Receber” associado ao benefício de saúde da dádiva “Dar sangue pode diminuir o seu risco cardiovascular: Dê sangue, Viva Melhor” Solidariedade cívica “Por si e por quem mais precisa”</p>	<p>Campanha Danacol (fidelização) Colhidos: 329; Dadores/dia(X): 30; Dadores Novos/dia (x̄): 6</p> <p>61% dos dadores regulares dos 3PF aderiram à campanha Danacol; Permaneceram, em média, mais 20 min. no PF, do que o habitual;</p> <p>Dados do Rastreio Cardiovascular:</p> <p>HTA: 34% dadores sangue apresentam uma PA normal alta (necessidade vigilância parâmetro risco);</p> <p>Colesterol : 54% dos dadores apresentam valores normais (dentro da média nacional);</p> <p>IMC: 41% dos dadores com pré-obesidade (amostra acompanha a prevalência da obesidade nacional)</p> <p>Faixa Etária: Amostra dadores 33% (18-34 anos); 28% (35-54 nos).</p>

Períodos Críticos

Campanhas Promocionais Nacionais:

Planeamento Campanha e Target

Objetivo Posicionamento

Meios de Promoção e Comunicação

Resultados

Período do Carnaval
(respostas promocionais nacionais face previsível diminuição de dádivas mês fevereiro)



Figura Anexos 8 – Campanha: Time-Out Lisboa

N.º dias campanha:
2 dias (07 a 08 fev)

Total SC novas:
2

Total SC campanha:
2

População-Alvo: Todas as pessoas ≥ 18 anos | ≥ 50Kg, que se sintam com saúde (leitores revista Time-Out, frequentadores do quiosque Time-Out Lisboa e Dadores - Código Briga Av. Liberdade).

Objetivo:

Cross-Selling Sangue/MO:
Sensibilizar dadores MO para a necessidade da dádiva de sangue, a realizar de modo regular, aos doentes (e.g, a aguarda transplante de MO)
Campanha a repetir nos períodos previsíveis de quebra de dádiva de sangue (Fev. e Ago/Set.).

Posicionamento:

Cross-Selling Sangue/CEDACE
“SABIA QUE... sobre mitos e Objetivo: dúvidas da dádiva de sangue/MO”

Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue

Claim:

“SABIA QUE...”
sobre mitos e dúvidas da dádiva de sangue/MO

Campanha Time-Out Lisboa

Inscritos: 46;
Colhidos: 31;
Dadores Novos: 22.

Notoriedade Campanha:
1 página da revista Time-Out (ver Figura Anexos 5 Campanha: Time-Out Lisboa)

Período do Verão
(respostas promocionais nacionais face previsível diminuição de dádivas mês agosto e setembro)



Figura Anexos 9 - Campanha: Roadshow Solidário Immochan/Grupo Auchan

N.º dias campanha:
78 dias (29 jul - 8 set)

Total SC novas:
78

Total SC campanha:
78

Espaços Immochan/Grupo Auchan:
6 Galerias Comerciais Jumbo (Famalicao; Sto Tirso; Maia; Canidelo; Alverca; Setúbal)
2 Shoppings Alegro (Alfragide; Alverca);
Sede Grupo Auchan (Lisboa)

Espaços Comerciais c/ Loja Auchan:
4 Shoppings (Portimão; Faro; Coimbra; Eiras)

População-Alvo: Todos os clientes dos CC e lojas de abastecimento alimentar do universo Immochan/Grupo Auchan e supermercados Auchan inseridos noutros Shoppings (fundamentais no suporte das actividades de verão das populações, flutuantes)

Objetivo:

Sensibilizar clientes do universo Immochan/Grupo Auchan e supermercados Auchan inseridos noutros Shoppings para a dádiva regular de sangue, a efectuar na época do verão, como suporte aos doentes nos hospitais (e.g, a aguarda transplante de MO).
Voluntários Auchan: encaminhamento, esclarecimento e oferta garrafa de água aos dadores de sangue sensibilizando-os para a importância da água na segurança ao dador (antes de pois da dádiva).
Campanha a repetir nos períodos previsíveis de quebra de dádiva de sangue (Fev. e Ago/Set.), no âmbito da política de Responsabilidade Social do Grupo Auchan.

Posicionamento:

Roadshow Solidário Immochan/Grupo Auchan Pontos Solidários de Colheita de Sangue e MO

Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue

Voluntários: amplificar a mensagem de “Mitos e Dúvidas” Folheto “Torne-se Dador” (ver Figura Anexos 4)

Claim:

“A+ quem necessite do seu sangue para viver”

Campanha A+ (Nova):
Previstos: 2580; **Inscritos:** 1112; **Colhidos:** 750

Por CST (Lisboa, Porto e Coimbra)
CSTL: Previstos: 1580; **Inscritos:** 707; **Colhidos:** 458; **Novos:** 336

CSTP: Previstos: 460; **Inscritos:** 143; **Colhidos:** 109; **Novos:** 77

CSTC: Previstos: 540; **Inscritos:** 262; **Colhidos:** 183; **Novos:** 116

Campanha A+ comparável à Campanha Mundicenter (existente há10 anos).

Campanha A+ : 78 SC novas vs. tradicional campanha de verão (praias, festas e feiras); 26% acrescimento (SC período crítico)

Total Campanhas (A+; Mundicenter):
- **48%** do total de **Dadores Novos**, da campanha total de verão (2013);
- **47%** do total de **dadores inscritos**, da campanha total de verão (2013);
- **3777** dadores inscritos face a **492** inscritos em SC de outros Centros Comerciais.

ANEXO 5

Questionário Anexos 2 - Inquérito *Focus* Grupos

Por favor, observe a figura abaixo onde se encontram dispostos aleatoriamente diversos logotipos referentes a organizações de saúde, portuguesas.

Considere as instruções abaixo e ordene, por favor, os logotipo, atendendo ao seu grau de conhecimento e/ou reconhecimento das organizações de saúde representadas, na figura. Utilize, por favor, os espaços à frente de cada uma das imagens. Assim:

- Assinale, por favor, com o **n.º 1** “a organização de saúde que mais conhece”;
- Assinale, por favor, com o **n.º 2** “a segunda organização de saúde que mais conhece”;
- Assinale, por favor, com o **n.º 3** “a terceira organização de saúde que mais conhece”.
- De entre as organizações de saúde ainda não assinaladas, indique por favor, com o **n.º 0** “a organização de saúde que menos conhece ou desconhece totalmente”.



Figura Anexos 10 - Logotipos de organizações de saúde portuguesas, representadas em círculo de forma aleatória

Preencha ainda, por favor, as seguintes questões sobre si, abaixo, enunciadas:

1 - Sexo

Masculino	Feminino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 – Idade: _____

3 – Designação da Licenciatura e/ou Mestrado Integrado e ano de frequência (1º ao 5º):

4 – País de Nacionalidade:

Portugal	Cabo Verde	Angola	Moçambique	Guiné-Bissau	São Tomé e Príncipe
<input type="checkbox"/>					

5 – País de Origem (nascimento):

Portugal	Cabo Verde	Angola	Moçambique	Guiné-Bissau	São Tomé e Príncipe
<input type="checkbox"/>					

6 – Pense, agora, no tema da dádiva de sangue, em Portugal. Conhece ou já alguma vez contactou com campanhas de publicidade sobre o tema da dádiva de sangue?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 – Das campanhas de publicidade que conhece ou contactou, descreva, por favor, o que se recorda? (pode escrever só palavras):

8 - Se pensar em dar sangue, qual o primeiro local/espço físico que lhe ocorre, de forma espontânea, para efectuar a sua dádiva? _____

9 – Já alguma vez deu sangue?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 – Se sim, indique o local da sua dádiva de sangue (última dádiva):

Obrigada pela sua colaboração

A equipa de investigadores da UL

ANEXO 6

Guião Anexos 1 - Guião de Perguntas Abertas sobre a Dádiva de Sangue

FOCUS GRUPOS A ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

- TEMÁTICA *FOCUS GRUPOS*: Invocar uma temática solidária e de relevância nacional sem fazer qualquer menção às questões do sangue, de modo a não influenciar as respostas ao inquérito da população da amostra
- PASSAR O INQUÉRITO (ver, Anexo 5, Questionário Anexos 3).
- OBJETIVO DA REUNIÃO:
 1. Prestação da moderadora como Psicóloga com interesse na área de estudos sobre a temática da dádiva de sangue;
 2. Esta reunião procura levantar, junto de estudantes universitários de origem e nacionalidade portuguesas, as ideias de cada um acerca da temática da dádiva de sangue, Portugal.
- REGRAS DO *FOCUS GRUPOS*
 1. Não há ideias certas nem erradas sobre o tema da dádiva de sangue;
 2. Todas as vossas ideias, medos, tabus, crenças, dúvidas, perceções são bem-vindas neste estudo;
 3. Gostaríamos de vos ouvir a todos;
 4. Podem trocar impressões entre vós, mas não podem argumentar uns com os outros, pois todas as ideias são importantes, e não há perspetivas/pontos de vista certos ou errados;
 5. Este estudo será tanto melhor quanto mais diversificados forem os vossos contributos;
 6. Sempre que queriam acrescentar algo, reforçar ou emitir uma ideia contrária à de um colega, devem fazê-la, é bem-vinda, mas sempre sem entrarem em argumentação direta com o colega;
 7. Para nós, o mais importante é que todos tenham direito à expressão de ideias sobre o tema;

Pretendemos conhecer, compreender e aprofundar as vossas perspetivas acerca do tema da dádiva de sangue:

- O que vos vem, espontaneamente à mente, quando ouvem esta palavra? Que sinónimos vos sugerem?
- O que vos vem, espontaneamente à mente, quando contactam com campanhas de publicidade e/ou material de promoção ou mesmo uma sessão de colheita de sangue?
- Alguma vez se lembraram de dar sangue?
- Acham que é preciso dar sangue (é importante)? Com que frequência (urgência/regularidade)?
- 8. Quando quiserem, podem começar... (deixar que alguém tome a iniciativa).

Bibliografia consultada: Grassineau *et al.* (2007) ; Kamberelis e Dimitriadis (2011)

ANEXO 7

Tabela Anexos 5 – Memória Descritiva de Indicadores, Categorias e Dimensões da Comunicação Institucional e da Comunicação de Parcerias derivada por Método Indutivo

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Folheto Danacol	“Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular ” “Dê sangue, viva melhor ”	Benefício-saúde	Benefícios de saúde, percebidos e inerentes ao ato voluntário da dádiva, promotores do bem-estar e do estilo de vida saudável dos dadores de sangue.	Benefícios Percebidos Dádiva de Sangue	Benefícios associados à promoção da saúde de dadores e de potenciais dadores de sangue como sejam rastreios, alertas, divulgação de parâmetros clínicos, conselhos de saúde ou outros com o intuito incrementarem uma maior motivação junto destes, despoletando comportamentos de dádiva efetiva de sangue regulares, através da monitorização da saúde destes, de forma regular.	Incentivos à Dádiva de Sangue Situações de benefício intangível e/ou material, associadas ao ato de se dar sangue (Bednall e Bove, 2011) passível de incentivar dadores e potenciais dadores de sangue a dar efetivamente sangue, preferencialmente, de forma regular
Cartaz Danacol	“Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular ” “Dê sangue, viva melhor ”					
Folheto Danacol	“Os meus valores de colesterol” “Comece hoje mesmo a controlar o seu nível de colesterol”	Check-saúde	Medir, avaliar e conhecer os parâmetros clínicos dos dadores de sangue, promovendo a sua saúde, longevidade e bem-estar.			
Folheto IPST	“Ir ao exame médico.” “Sentir-se com saúde e ter hábitos de vida saudáveis.” (Interpretação: a avaliação clínica é sempre realizada)					
Folheto Danacol	“Sabia que 1 em cada 2 portugueses têm excesso de colesterol no sangue?” “O colesterol é uma gordura essencial ao bom funcionamento do organismo mas em excesso no sangue torna-se um fator de risco de doenças cardiovasculares, umas das principais causas de mortalidade em Portugal” “< 190 mg/dl Valor desejável Menor risco de vir a sofrer de doença coronária” “≥ 190 e ≤ 239 mg/dl Moderadamente elevado Risco aumentado de vir a sofrer de doença coronária” “> 240 mg/dl Colesterol elevado Dobro do risco de vir a sofrer de doença coronária (comparado com quem tem colesterol dentro dos valores normais)”	Conhecimentos-saúde	Divulgação de parâmetros de saúde pública e de hábitos de vida saudáveis à população, em geral e aos dadores de sangue, em particular.			

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Folheto Danacol	“Dar é receber”	Consciência-individual	Motivação em contribuir para o bem-estar do outro através da dádiva de sangue.	Altruísmo	Motivação em contribuir para o bem-estar de um ou mais indivíduos através da dádiva de sangue, sem desejar recompensas sociais ou materiais.	MOTIVAÇÃO PROSOCIAL
Cartaz Danacol	“Dar é receber”					
Cartaz A+	“Fique atento (...) às datas em que poderá dar vida!”					
2013 - Campanha IPST	“Felicidade: O que tu recebes ao dar sangue!” “Respeito: O que eu recebo ao dar sangue!”	Bem-estar-sociedade	Motivação em contribuir para o bem-estar de um grupo ou da comunidade através da dádiva de sangue.	Coletivismo social	Motivação em contribuir para o bem-estar de um grupo ou da coletividade através da dádiva de sangue, sem desejar recompensas sociais ou materiais.	Desejo de ter um impacto positivo noutras pessoas ou no coletivismo social através da dádiva de sangue. (Bednall e Bove, 2011)
Folheto Danacol	“Por si e por quem mais precisa”					
Cartaz Danacol	“Por si e por quem mais precisa”					
2013 - Campanha IPST	“Segurança: O que nós recebemos ao dar sangue!” “Vida: O que eles recebem ao dar sangue”					
2012 - Campanha IPST	“Dê sangue, salve vidas”					
Folheto IPST	“Torne-se dador” “Tomar a decisão de dar sangue”	Dever-obrigação	Sentimento de obrigação moral em desempenhar um comportamento de ajuda específico, tal como dar sangue.	Normas Morais Pessoais	Sentimento de obrigação moral em desempenhar um comportamento de ajuda específico, tal como dar sangue.	VALORES PESSOAIS Ideias que um indivíduo considera que valem a pena, encorajando ao comportamento de dádiva. (Bednall e Bove, 2011)
2012 - Campanha IPST	“Mário Laginha, 52 anos, Pianista e Compositor: “Dar está-lhe no sangue” Carolina Patrocínio, 25 anos, apresentadora: “Dar está-lhe no sangue”	Exemplo-grupos-referência	Perceção do comportamento dos grupos de referência sociais, com os quais o indivíduo se identifica, em relação ao ato de dar sangue, e o impacto na auto-descrição do seu comportamento potencial e/ou atual.	Normas Descritivas	Perceção de como se comportam os grupos de referência sociais, em determinadas circunstâncias.	PERCEÇÃO DAS NORMAS SOCIAIS Expectativas, obrigações e sanções ancoradas nos grupos sociais de referência e do impacto do comportamento destes relativamente à dádiva de sangue. (Bednall e Bove, 2011)

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Folheto Danacol	“Dê sangue, viva melhor” “Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular”	Experiência-motivação	Transmitem mensagens acerca da dádiva de sangue de cariz motivacional, através da vivência e da experiência de dádiva, de modo a promover comportamentos de adesão e envolvimento com a causa.	Comunicação Conativo-motivacional	Mensagens promocionais da dádiva de sangue de cariz motivacional que apelam à vivência e à experiência da dádiva de modo a promover um maior envolvimento com a causa. Transmitem expectativas e perceções associadas à vivência da dádiva.	Mensagens Promocionais Mensagens promocionais da dádiva de sangue de cariz motivacional (através da experiência); emocional (valores, convicções e sentimentos alicerçados nas emoções) e cognitivo (informações fundamentais sobre a dádiva de sangue e estratégias de <i>coping</i> , passíveis de ajudar as pessoas a lidar com a informação complexa e potencialmente indutora de medos, mitos, tabus e crenças); dirigidas a dadores, potenciais dadores de sangue e população em geral. Procuram recrutar e fidelizar dadores, de modo regular, à causa.
Cartaz Danacol	“Dê sangue, viva melhor” “Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular”					
Cartaz A+	“Venha dar aqui”					
Folheto IPST	“Torne-se Dador” “Tomar a decisão de dar sangue” “Dar sangue”					
Folheto Danacol	“Dar é receber” “Por si e por quem mais precisa.”	Emoção-desejo-convicção	Transmitem mensagens acerca da dádiva de sangue de cariz emocional, apelando a valores, convicções e sentimentos de modo a promover comportamentos de adesão e envolvimento com a causa.	Comunicação Afectivo-Relacional	Mensagens promocionais da dádiva de sangue de cariz emocional que apelam a valores e convicções e sentimentos de modo a promover um maior envolvimento com a causa.	
Cartaz Danacol	“Dar é receber” “Por si e por quem mais precisa.”					
Cartaz A+	“Fique atento ao nosso Facebook e site para saber as datas em que poderá dar vida”					
2012 - Campanha IPST 2013 - Campanha IPST	“Dê sangue, salve vidas”					
Mitos e Dúvidas	“Sabia que... ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes que todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver? (ex.: doentes que aguardam um transplante de medula óssea)”					

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Folheto Danacol	“Sabia que 1 em cada 2 portugueses têm excesso de colesterol no sangue?” “O colesterol é uma gordura essencial ao bom funcionamento do organismo.”					
Cartaz Danacol	“Em fevereiro a equipa Danacol está no IPST na dádiva de sangue”					
Folheto IPST	“O sangue é obtido através de dádivas voluntárias e não remuneradas efetuadas por pessoas em excelentes condições de saúde.” “Sentir-se com saúde e ter hábitos de vida saudáveis” “Os homens podem repetir a dádiva de 3 em 3 meses e as mulheres de 4 em 4 meses” “Ter pelo menos 50kg” “Ter idade superior a 18 anos” “Ser saudável” “A informação é guardada sob sigilo” “Todo o material utilizado está esterilizado e é usado uma única vez.” “Responda com sinceridade às perguntas que lhe forem feitas” “Faça a inscrição através da identificação completa” “Ir ao exame médico” “Tomar uma curta refeição” “Uma dádiva de sangue consiste na colheita de cerca de 450 ml de sangue” “SE É RH+ PODE RECEBER/PODE DAR...” “SE É RH - PODE RECEBER/PODE DAR...”	Informação -factos	Transmitem informações fundamentais sobre a dádiva de sangue, nomeadamente, factos sobre o processo da dádiva, factos técnicos; e factos genéricos, de modo a apoiar uma maior literacia sobre a dádiva de sangue.	Comunicação Cognitivo-racional	Mensagens promocionais da dádiva de sangue de cariz lógico racional e cognitivo. Transmitem informações fundamentais sobre a dádiva de sangue, nomeadamente, factos do processo e factos técnicos; factos de natureza temporária, e igualmente, e estratégias de coping, passíveis de ajudar as pessoas a lidar com a informação complexa e potencialmente indutora de medos, mitos, tabus e crenças	Mensagens Promocionais Mensagens promocionais da dádiva de sangue de cariz motivacional (através da experiência); emocional (valores, convicções e sentimentos alicerçados nas emoções) e cognitivo (informações fundamentais sobre a dádiva de sangue e estratégias de coping, passíveis de ajudar as pessoas a lidar com a informação complexa e potencialmente indutora de medos, mitos, tabus e crenças); dirigidas a dadores, potenciais dadores de sangue e população em geral. Procuram recrutar e fidelizar dadores, de modo regular, à causa.
SMS Alerta IPST	“caro dador: não se esqueça de dar sangue na sua localidade, empresa, hospital ou IPST. Como sempre, contamos consigo”					
SMS Convocação IPST	“Dia..., horas..., contamos com a sua dádiva de sangue no.... Obrigada. IPST”					
Cartaz A+	“No âmbito da parceria estabelecida entre o Alegro e o IPST, o seu centro comercial vai ser um ponto solidário onde poderá dar sangue e inscrever-se para ser dador de medula óssea.”					
Mitos e Dúvidas	“Sabia que... pode dar sangue, desde que, se sinta com saúde, pese pelo menos 50 kg e tenha 18 anos?” “Sabia que... todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue?” “Sabia que... o IPST colhe 600 unidades de sangue/dia, aproximadamente?” “Sabia que... sendo mulher, o período menstrual não é impeditivo para a dádiva de sangue? E que, pode dar sangue até 3x ao ano (por ex.: de 4 em 4 meses)?” “Sabia que... sendo homem pode dar sangue até 4x ao ano (por ex.: de 3 em 3 meses)?”					
Mitos e Dúvidas	“Sabia que... após efetuar uma extração ou obturação a um ou mais dentes deve aguardar 7 dias para dar sangue?” “Sabia que... se tiver feito uma tatuagem ou colocado um piercing, pode dar sangue, logo 4 meses depois?” “Sabia que... após a troca de parceiro sexual, deve aguardar 6 meses para poder dar sangue?” “Sabia que... não pode dar sangue se estiver grávida ou a amamentar?”	Informação -factos- temporários	Transmitem informações sobre a dádiva de sangue, de natureza temporária, que desmontam o imaginário social (mitos, tabus e crenças) e os medos.			

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Folheto Danacol	“Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular.”	Coping-medo	Transmitem informações fundamentais sobre a dádiva de sangue, nomeadamente, factos sobre o processo da dádiva, informando o recetor acerca da sua prevalência, da eficácia das soluções e da facilidade da sua implementação. Procuram ajudar a desmontar o imaginário social e os medos através de estratégias de <i>coping</i> , eficazes apresentadas aos dadores	Comunicação Cognitivo-racional	Mensagens promocionais da dádiva de sangue de cariz lógico racional e cognitivo. Transmitem informações fundamentais sobre a dádiva de sangue, nomeadamente, factos do processo e factos técnicos; factos de natureza temporária, e igualmente, e estratégias de <i>coping</i> , passíveis de ajudar as pessoas a lidar com a informação complexa e potencialmente indutora de medos, mitos, tabus e crenças	Mensagens Promocionais Mensagens promocionais da dádiva de sangue de cariz motivacional (através da experiência); emocional (valores, convicções e sentimentos alicerçados nas emoções) e cognitivo (informações fundamentais sobre a dádiva de sangue e estratégias de <i>coping</i> , passíveis de ajudar as pessoas a lidar com a informação complexa e potencialmente indutora de medos, mitos, tabus e crenças); dirigidas a dadores, potenciais dadores de sangue e população em geral. Procuram recrutar e fidelizar dadores, de modo regular, à causa.
Cartaz Danacol	“Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular”					
Mitos e Dúvidas	“Sabia que... no dia da dádiva de sangue deve: ingerir mais líquidos, preferencialmente, água?” “Sabia que... para dar sangue não deve estar em jejum? Mas se tiver feito uma refeição completa, deverá aguardar o período da digestão!” “Sabia que... após a sua dádiva de sangue deve observar os seguintes conselhos: · ingerir mais líquidos que o habitual; · evitar fumar; · evitar esforços físicos (trabalhos em altura, mergulho ou viagens de avião).”					
Folheto Torne-se Dador	“Deve hidratar-se com líquidos como água ou chá no dia anterior e no próprio dia.” “Deve evitar grandes períodos de exposição solar.” “Deve tomar o pequeno-almoço se der sangue de manhã.” “Se der sangue depois do almoço deve aguardar 3 horas para completar a digestão.” “Deve continuar a hidratação.” “Deve evitar exercícios físicos.”					

SUPORTE COMUNICACION AL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Cartaz Danacol	Lisboa - Parque da Saúde, Av. do Brasil n.º 53, Pavilhão n.º 17 Porto - Rua do Bolama n.º 133 Coimbra - Quinta da Vinha Moura - Covões, São Martinho do Bispo	Centros-IPST	Identificação dos centros permanentes do IPST como locais de colheita de sangue.	IPST	Identificação dos centros, contactos e horários permanentes e temporários do IPST de colheita de sangue, por parte de dadores, potenciais dadores e população em geral.	Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue
Folheto Torne-se Dador IPST	Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP Av. Miguel Bombarda N.º 6, 1000-208 Lisboa Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa Parque da Saúde de Lisboa Av. do Brasil N.º 53, Pavilhão 17, 1749-005 Lisboa Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra Quinta da Vinha Moura Covões, São Martinho do Bispo, 3041-861 Coimbra Centro de Sangue e da Transplantação do Porto Rua de Bolama, 133, 4200-139 Porto					
Folheto Torne-se Dador IPST	T 210063046, T 217921000 T 239791070 T 225 083 400	Atendimento-contactos	Identificação dos contactos do atendimento a dadores do IPST.			Identificação das acessibilidades aos diversos locais de colheita de sangue, promovidos pela entidade reguladora <i>de per se</i> ou em parceria com hospitais ou outros parceiros da sociedade civil.
SMS Convocação IPST	“Dia..., horas..., contamos com a sua dádiva de sangue no..... Obrigada. IPS	Atendimento-horário	Identificação dos horários do atendimento a dadores do IPST.			
SMS Alerta IPST	“caro dador: não se esqueça de dar sangue na sua localidade, empresa, hospital ou IPST. Como sempre, contamos consigo”	Hospitais-recolha	Identificação dos hospitais enquanto locais de colheita de sangue	Hospitais	Identificação dos hospitais enquanto locais de colheita de sangue.	
SMS Alerta IPST	“caro dador: não se esqueça de dar sangue na sua localidade, empresa, hospital ou IPST. Como sempre, contamos consigo”	Campanhas-recolha	Identificação de sessões de colheitas de sangue organizadas pelo IPST ou parceiros do IPST, a realizar no IPST ou noutros locais	Outros locais	Identificação de outros locais como entidades de colheita de sangue (coletividades, empresas bombeiros, universidades).	
Cartaz A+	“No âmbito da parceria estabelecida entre o Alegro e o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, o seu centro comercial vai ser um ponto solidário onde poderá dar sangue e inscrever-se para ser dador de medula óssea.” “ponto solidário de colheita de sangue e dadores de medula óssea”					
SMS Convocação IPST	“Dia..., horas..., contamos com a sua dádiva de sangue no..... Obrigada. IPS					

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Mitos e Dúvidas	<p>“Sabia que... todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue?”</p> <p>“Sabia que... o IPST colhe aproximadamente 600 unidades de sangue/dia?”</p>	Relevância-Missão	A atividade do IPST é em geral considerada indiferente e a sua atividade não é reconhecida como única e essencial no suporte de vida dos doentes, nos hospitais.		A razão de existir do IPST é a de prover componentes sanguíneos em segurança, em quantidade e em tempo útil à vida e à qualidade de vida dos doentes em situação de necessidade, nos hospitais portugueses, com internalização de serviços de medicina transfusional.	ENVOLVIMENTO E GOODWILL IPST Representa a capacidade de envolvimento de dadores e de potenciais dadores de sangue com a marca IPST através do seu goodwill, i.e., com o valor da sua marca representativa do todo organizacional sem se confundir com um activo ou uma parte desta. Sendo intangível, o goodwill representa o valor atribuído em virtude das suas atitudes favoráveis, a sua reputação, o seu posicionamento, a boa governance, o relacionamento favorável com dadores e potenciais dadores, parceiros, colaboradores e da política de responsabilidade social com a comunidade.
Mitos e Dúvidas	<p>“Sabia que... ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes que todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver? (ex.: doentes que aguardam um transplante de medula óssea)”</p>	Envolvimento	Envolvimento e consciencialização atividade desenvolvida pelo IPST na concretização da sua missão.	Missão do IPST		
Cartaz Danacol	<p>Dar é receber”</p> <p>“Por si e por quem mais precisa.”</p>					
Folheto Danacol	<p>“Dar é receber”</p> <p>“Por si e por quem mais precisa.”</p>					

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Mitos e Dúvidas	<p>“Sabia que... no dia da dádiva de sangue deve: ingerir mais líquidos, preferencialmente, água!”</p> <p>“Sabia que... para dar sangue não deve estar em jejum? Mas se tiver feito uma refeição completa, deverá aguardar o período da digestão!”</p>	Segurança-pré-dádiva	Conhecimentos e conselhos antes de uma efetiva dádiva de sangue, promotora se uma maior segurança ao dador e potencial dador de sangue	Colheita Sangue	Conhecimentos gerais sobre as etapas do processo de dádiva de sangue, e conselhos antes e após uma efetiva dádiva de sangue, promotora se uma maior segurança ao dador e potencial dador de sangue	CONHECIMENTOS SOBRE O SANGUE Conhecimentos gerais sobre a temática da dádiva de sangue, nomeadamente, as etapas do processo da dádiva de sangue (antes, durante a após), métodos de colheita de sangue, componentes, validade e aplicabilidade terapêutica do sangue, e ainda, acerca dos requisitos de elegibilidade e conselhos de segurança pré e pós dádiva, de sangue, a observar por todos os dadores.
Folheto IPST	<p>“Para dar sangue deve fazê-lo sem grandes pressas</p> <p>“Deve hidratar-se com líquidos como água ou chá no dia anterior e no próprio dia.”</p> <p>“Deve evitar grandes períodos de exposição solar.”</p> <p>“Deve tomar o pequeno-almoço se der sangue de manhã.</p> <p>“Se der sangue depois do almoço deve aguardar 3 horas para completar a digestão.”</p>					
Mitos e Dúvidas	<p>“Sabia que... após a sua dádiva de sangue deve observar os seguintes conselhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · ingerir mais líquidos que o habitual; · evitar fumar; · evitar esforços físicos (trabalhos em altura, mergulho ou viagens de avião).” 	Segurança-pós-Dádiva	Conhecimentos e conselhos após de uma efetiva dádiva de sangue, promotora se uma maior segurança ao dador e potencial dador de sangue	Dádiva de Sangue		
Folheto IPST	<p>“Deve continuar a hidratação.”</p> <p>“Deve evitar grandes períodos de exposição solar.”</p> <p>“Deve evitar exercícios físicos.”</p>					
Folheto IPST	<p>“Tomar a decisão de dar sangue”</p> <p>“...inscrição através de identificação completa.</p> <p>“Ir ao exame médico.” “Responda com sinceridade às perguntas que lhe forem feitas (a informação é guardada sob sigilo).”</p> <p>“Todo o material utilizado está esterilizado e é usado uma única vez.”</p> <p>“Tomar uma curta refeição”</p>	Processo-dádiva	Conhecimentos gerais sobre as etapas do processo subjacente ao ato de se dar sangue: antes, durante e pós do processo de dádiva.			
Folheto IPST	“Uma dádiva de sangue consiste na colheita de cerca de 450 ml de sangue”	Unidade-sangue	Uma dádiva consiste numa quantidade de sangue colhida/pessoa			
Folheto IPST	<p>“Se é rh+ pode receber/pode dar...”</p> <p>“se é rh - pode receber/pode dar...”</p>	Compatibilidade	Sistema de compatibilidade sanguínea AB0e Rh.			
Mitos e Dúvidas	“Sabia que... ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes que todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver? (ex.: doentes que aguardam um transplante de medula óssea)”	Terapêutica-sangue	Aplicações terapêuticas do sangue e dos seus componentes.			

Mitos e Dúvidas	<p>“Sabia que... pode dar sangue, desde que, se sinta com saúde, pese pelo menos 50 kg e tenha 18 anos?”</p> <p>“Sabia que... sendo mulher, o período menstrual não é impeditivo para a dádiva de sangue? E que, pode dar sangue até 3x ao ano (por ex.: de 4 em 4 meses)?”</p> <p>“Sabia que... sendo homem pode dar sangue até 4x ao ano (por ex: de 3 em 3 meses)?”</p>	Elegibilidade	Informação sobre os requisitos gerais para se ser dador de sangue.	
Folheto IPST	<p>“Sentir-se com saúde e ter hábitos de vida saudáveis” “Os homens podem repetir a dádiva de 3 em 3 meses e as mulheres de 4 em 4 meses”</p> <p>“Ter pelo menos 50kg”</p> <p>“Ter idade superior a 18 anos”</p> <p>“Ser saudável”</p>			Dador de sangue Conhecimento dos requisitos de elegibilidade para a dádiva de sangue
Mitos e Dúvidas	<p>“Sabia que... não pode dar sangue se estiver grávida ou a amamentar?”</p> <p>“Sabia que... após a troca de parceiro sexual, deve aguardar 6 meses para poder dar sangue?”</p> <p>“Sabia que... se tiver feito uma tatuagem ou colocado um piercing, pode dar sangue, logo 4 meses depois?”</p> <p>“Sabia que... após efetuar uma extração ou obturação a um ou mais dentes deve aguardar 7 dias para dar sangue?”</p>	Inibição-temporária	Informação sobre as situações temporárias gerais e específicos de comportamento e/ou condição fisiológica de género, para se ser dador de sangue	

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Folheto Danacol	“Por si e por quem mais precisa”	Comunicação – necessidade-sangue	Comunicação da necessidade em se dar sangue continuamente, face às necessidades transfusionais diárias dos doentes nos hospitais.	Necessidade contínua de sangue	Comunicação da necessidade contínua de dádiva de sangue face aos consumos diários de componentes sanguíneos, nos hospitais.	DIVULGAÇÃO DA NECESSIDADE CONTÍNUA DE DÁDIVA DE SANGUE Divulgação da necessidade contínua de dádiva de sangue face aos consumos de componentes sanguíneos, diários, nos hospitais.
Cartaz Danacol	“Por si e por quem mais precisa”					
Cartaz A+	“A+ QUEM PRECISE DO SEU SANGUE PARA VIVER”					
Mitos e Dúvidas	“Sabia que... todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue?”					
Mitos e Dúvidas	“Sabia que... ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes que todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver? (ex: doentes que aguardam um transplante de medula óssea)”					

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Folheto Danacol	“Dar é receber”	E-mail/SMS/ Redes Sociais	Utilização de E-mail/SMS e/ou redes sociais para recrutar e fidelizar dadores e potenciais de sangue de sangue com base nas mensagens de texto e imagem criados nos suportes promocionais dos parceiros ou do IPST, para divulgar e promover as sessões de colheita de sangue.	Marketing Direto	Comunicação personalizada ou de massas estabelecida com o objetivo de obter uma resposta direta da parte de potenciais dadores e de dadores de sangue, tal como uma dádiva.	COMUNICAÇÃO E MARKETING Utilização de ferramentas promocionais na sensibilização, recrutamento e fidelização de dadores, potenciais dadores de sangue e público em geral, tais como, publicidade, relações públicas, promoção e marketing direto e/ou online
Cartaz A+	“A + quem precise do seu sangue para viver”					
Mitos e dúvidas da dádiva de sangue	“Mitos e dúvidas da dádiva de sangue”					
SMS Convocação IPST	“Dia..., horas..., contamos com a sua dádiva de sangue no.... Obrigada. IPST”					
SMS Alerta IPST	“Caro dador: não se esqueça de dar sangue na sua localidade, empresa, hospital ou IPST. Como sempre, contamos consigo”					
Folheto Danacol	“Dar é receber”	RP/Face-a-face	Utilização de relações públicas, abordagem face-a-face para aconselhamento nutricional, esclarecimento dúvidas e programa de voluntariado para recrutar potenciais dadores de sangue para a campanha de colheita de sangue, e fidelização dos dadores	Marketing Direto	Comunicação personalizada ou de massas estabelecida com o objetivo de obter uma resposta direta da parte de potenciais dadores e de dadores de sangue, tal como uma dádiva.	
Folheto IPST	“Torne-se Dador”					
Mitos e dúvidas da dádiva de sangue	“Mitos e dúvidas da dádiva de sangue”					
Folheto ISPT	“Torne-se dador”	Folhetos	Utilização de folhetos informativos para recrutar potenciais dadores de sangue para a campanha de colheita de sangue, a decorrer, no momento e no local.	Marketing Direto	Comunicação personalizada ou de massas estabelecida com o objetivo de obter uma resposta direta da parte de potenciais dadores e de dadores de sangue, tal como uma dádiva.	
Folheto Danacol	“Dar é receber”					
Cartaz A+	“A + quem precise do seu sangue para viver”	TV/Rádio/Imprensa	Campanhas não personalizadas de incentivo à dádiva de sangue em suportes de TV, rádio e imprensa escrita.	Marketing Direto	Comunicação personalizada ou de massas estabelecida com o objetivo de obter uma resposta direta da parte de potenciais dadores e de dadores de sangue, tal como uma dádiva.	
Imprensa	“Mitos e dúvidas da dádiva de sangue”					
Cartaz Danacol	“Dar é receber”	Outdoors/ Muppies/ Roll-up/ Cartazes	Campanhas não personalizadas de incentivo à dádiva de sangue em suportes de Outdoors/Muppies/ Roll-up/Cartazes	Publicidade	Qualquer forma paga de apresentação e de comunicação não personalizada com o objetivo da promoção da dádiva de sangue, em suportes físicos, áudio e de imagem.	
Cartaz A+	“A + quem precise do seu sangue para viver”					
2012 - Campanha IPST	“Dar está-lhe no sangue” “Dar está-lhe no sangue”					
2013 - Campanha IPST	“Segurança”/ “Vida”/ “Respeito”/ “Felicidade”					

SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
Cartaz A+	“A + quem precise do seu sangue para viver”					
Folheto ISPT	“Torne-se dador”	Parceria-immochan	Parcerias com stakeholders pertinentes da sociedade civil para a promoção da dádiva de sangue.			
SMS Convocação IPST	“Dia..., horas..., contamos com a sua dádiva de sangue no..... Obrigada. IPST”					
Mitos e dúvidas da dádiva de sangue	“Mitos e dúvidas da dádiva de sangue”					PARCERIAS
Cartaz Danacol	“Dar é receber”	Parceria-danacol	Parcerias com stakeholders pertinentes da sociedade civil para a promoção da dádiva de sangue.	Parcerias	Parcerias estabelecidas no âmbito da promoção e colheita de sangue com associação de dadores, empresas e outros stakeholders pertinentes da sociedade civil.	Parcerias estabelecidas no âmbito da promoção e colheita de sangue com associação de dadores, empresas e outros stakeholders pertinentes da sociedade civil.
SMS Convocação IPST	“Dia..., horas..., contamos com a sua dádiva de sangue no..... Obrigada. IPST”					
Folheto Danacol	“Dar é receber”					
Mitos e Dúvidas	“Mitos e Dúvidas da dádiva de sangue”					
2012 - Campanha IPST	“Dar está-lhe no sangue”	Parceria-time-out	Parcerias com stakeholders pertinentes da sociedade civil para a promoção da dádiva de sangue.			
SMS Convocação IPST	“Dia..., horas..., contamos com a sua dádiva de sangue no..... Obrigada. IPST”					

ANEXO 8

Tabela Anexos 6 – Frequência de Indicadores, Categorias e Dimensões da Comunicação Institucional, derivadas por Método Indutivo

GRUPO	SUORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	2013- Campanha IPST	Campanha de verão IPST Ano 2013			Comunicação e Marketing	Dimensão
	2012- Campanha IPST	Campanha de verão IPST Ano 2012				
	SMS Alerta IPST	SMS de alerta				
	SMS Convocação IPST	SMS de convocação para posto fixo de colheita de sangue				
	Folheto IPST	Torne-se dador				
	SMS Alerta IPST	SMS de alerta		Marketing Directo	Categorias	
	SMS Convocação IPST	SMS de convocação				
	Folheto IPST	Torne-se dador				
	SMS Alerta IPST	SMS de Alerta		E-mail-sms-redes-sociais	Indicadores	
	SMS Convocação IPST	SMS de Convocação		Folhetos		
	Folheto IPST	Torne-se dador...		RP-face-a-face		
	2012- Campanha IPST	Campanha de verão IPST Ano 2012		Parcerias	Categorias	
	SMS Convocação IPST	SMS de Convocação				
	Folheto IPST	Torne-se dador...				
	SMS Convocação IPST	SMS de Convocação		Parceria-Danacol	Indicadores	
	SMS Convocação IPST	SMS de Convocação		Parceria-Immochan		
	Folheto IPST	Torne-se dador...		Parceria-Time-Out		
	2012- Campanha IPST	Campanha de verão IPST Ano 2012		Publicidade	Categorias	
	2013- Campanha IPST	Campanha de verão IPST Ano 2013				
	2012- Campanha IPST	Campanha de verão IPST Ano 2012				
2013- Campanha IPST	Campanha de verão IPST Ano 2013		Outdoor-muppies-roll-up-cartaz	Indicadores		
2012- Campanha IPST	Campanha de verão IPST Ano 2012					

GRUPO	SUPOORTE COMUNICACI ONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	Folheto IPST	<p>“O sangue é obtido através de dádivas voluntárias e não remuneradas, efetuadas por pessoas em excelentes condições de saúde.”</p> <p>Tomar a decisão de dar sangue</p> <p>“Sentir-se com saúde e ter hábitos de vida saudáveis” Faça a inscrição através de identificação completa.</p> <p>Ir ao exame médico. Responda com sinceridade às perguntas que lhe forem feitas</p> <p>Dar sangue. Todo o material utilizado está esterilizado e é usado uma única vez</p> <p>Tomar uma curta refeição</p> <p>Uma dádiva de sangue consiste na colheita de cerca de 450 ml de sangue</p> <p>“Os homens podem repetir a dádiva de 3 em 3 meses e as mulheres de 4 em 4 meses”</p> <p>“Ter pelo menos 50kg”, “Ter idade superior a 18 anos”, “Ser saudável”</p> <p>“Para dar sangue deve fazê-lo sem grandes pressas”</p> <p>“Deve hidratar-se com líquidos como água ou chá no dia anterior e no próprio dia.”, “Deve evitar grandes períodos de exposição solar.”, “Deve tomar o pequeno almoço se der sangue de manhã.”, “Se der sangue depois do almoço deve aguardar 3 horas para completar a digestão.”</p> <p>Deve continuar a hidratação.”, “Deve evitar grandes períodos de exposição solar.”, “Deve evitar exercícios físicos.”</p> <p>Com quem é compatível: se é RH+ pode receber/pode dar, se é RH - pode receber/pode dar”</p>	Conhecimentos Sobre Sangue		Dimensão	
	Folheto IPST	<p>decisão de dar sangue</p> <p>Sentir-se com saúde e ter hábitos de vida saudáveis</p> <p>inscrição através de identificação completa</p> <p>Ir ao exame médico</p> <p>Responda com sinceridade às perguntas que lhe forem feitas</p> <p>material utilizado está esterilizado e é usado uma única vez</p> <p>Tomar uma curta refeição</p> <p>Dar sangue deve fazê-lo sem grandes pressas”</p> <p>“Deve hidratar-se com líquidos como água ou chá no dia anterior e no próprio dia.”</p> <p>“Deve evitar grandes períodos de exposição solar.”</p> <p>“Deve tomar o pequeno almoço se der sangue de manhã.</p> <p>“Se der sangue depois do almoço deve aguardar 3 horas para completar a digestão.”</p> <p>“Deve continuar a hidratação.”</p> <p>“Deve evitar grandes períodos de exposição solar.”</p> <p>“Deve evitar exercícios físicos.”</p>	Colheita de Sangue			Categorias

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	Folheto IPST	decisão de dar sangue	Processo-dádiva		Indicadores	
		identificação completa				
		exame médico				
	Folheto IPST	Responda com sinceridade às perguntas	Segurança-pós-dádiva			
		sigilo				
		Dar sangue				
	Folheto IPST	usado uma única vez	Segurança-pré-dádiva			
		curta refeição				
		curta refeição				
	Folheto IPST	continuar a hidratação	Dádiva de Sangue			
evitar grandes períodos de exposição solar						
evitar exercícios físicos						
Folheto IPST	Sentir-se com saúde	Compatibilidade				
	hábitos de vida saudáveis					
	exame médico					
Folheto IPST	sem grandes pressas	Unidade-sangue				
	hidratar-se com líquidos como água ou chá no dia anterior e no próprio dia					
	evitar grandes períodos de exposição solar					
Folheto IPST	tomar o pequeno almoço	Dador Sangue				
	aguardar 3 horas para completar a digestão					
	Colheita de cerca de 450 ml de sangue					
Folheto IPST	Se é RH+ pode receber pode dar	Elegibilidade				
Folheto IPST	Se é RH - pode receber pode dar					
Folheto IPST	Se é RH+					
Folheto IPST	Se é RH -	Indicadores				
Folheto IPST	450 ML de sangue					
Folheto IPST	dádivas voluntárias e não remuneradas, efetuadas por pessoas em excelentes condições de saúde					
Folheto IPST	Os homens podem repetir a dádiva de 3 em 3 meses	Indicadores				
	mulheres de 4 em 4 meses					
	Ter pelo menos 50kg					
Folheto IPST	idade superior a 18 anos	Indicadores				
	Ser saudável					
	dádivas voluntárias					
Folheto IPST	não remuneradas	Indicadores				
	pessoas em excelentes condições de saúde					
	homens podem repetir a dádiva de 3 em 3 meses					
Folheto IPST	mulheres de 4 em 4 meses	Indicadores				
	pelo menos 50kg					
	idade superior a 18 anos					
Folheto IPST	Ser saudável	Indicadores				

GRUPO	SUORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	Folheto IPST	““Ir ao exame médico”	Incentivos à Dádiva de Sangue			Di men são
	Folheto IPST	“exame médico”	Benefícios Percebidos Dádiva Sangue		Cat ego rias	
	Folheto IPST	“exame”	Check-saúde		Indi cad ores	
	SMS Alerta	“caro dador: não se esqueça de dar sangue na sua localidade, empresa, hospital ou IPST	Locais Colheita Sangue			Dimensão
	SMS Convocação	“Dia . . . , horas . . . , contamos com a sua dádiva de sangue no INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP Av. Miguel Bombarda Nº6 1000-208 Lisboa T210063046; Horário de atendimento a dadores 6ª feira: 10h00-15h00 ; CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE LISBOA Parque da Saúde de Lisboa, Av. do Brasil Nº 53, Pavilhão 17, 1749-005 Lisboa T217921000 Horário de atendimento a dadores Segunda a Sábado: 08h00-20h00				
	Folheto IPST	CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE COIMBRA, IP Quinta da Vinha Moura, Covões, São Martinho do Bispo 3041-861 Coimbra T 239791070 Horário de atendimento a dadores, Segunda a Sábado: 08h00-20h00 CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DO PORTO Rua de Bolama, 133, 4200-139 Porto; T225 083 400; Horário de atendimento a dadores Segunda a Sábado: 08h00-20h00				
	SMS Alerta	“hospital”	Hospitais			Categor ias
	SMS Alerta	“hospital”	Hospitais-recolha			Indicad ores
	SMS Alerta	IPST	IPST			Categorias
	SMS Convocação	“Dia . . . , horas . . . , contamos com a sua dádiva de sangue no Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP Av. Miguel Bombarda Nº6 1000-208 Lisboa T210063046 ; Horário de atendimento a dadores 6ª feira: 10h00-15h00 Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa ; Parque da Saúde de Lisboa Av. do Brasil Nº 53, Pavilhão 17, 1749-005 Lisboa, T217921000, Horário de atendimento a dadores, Segunda a Sábado: 08h00-20h00				
Folheto IPST	Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra; Quinta da Vinha Moura, Covões, São Martinho do Bispo 3041-861 Coimbra; T 239791070 Horário de atendimento a dadores, Segunda a Sábado: 08h00-20h00 Centro de Sangue e da Transplantação do Porto; Rua de Bolama, 133, 4200-139 Porto T225 083 400; Horário de atendimento a dadores; Segunda a Sábado: 08h00-20h00					

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	Folheto IPST	T 210063046 T 217921000 T 239791070 T 225 083 400	Atendimento-contactos		Indicadores	
	Folheto IPST	6ª feira: 10h00-15h00 Segunda a Sábado: 08h00-20h00 Segunda a Sábado: 08h00-20h00 Segunda a Sábado: 08h00-20h00	Atendimento-horários			
	SMS Alerta	IPST				
	Folheto IPST	Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP, Av. Miguel Bombarda Nº6, 1000-208 Lisboa Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa Parque da Saúde de Lisboa Av. do Brasil Nº 53, Pavilhão 17, 1749-005 Lisboa Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra, Quinta da Vinha Moura, Covões, São Martinho do Bispo 3041-861 Coimbra Centro de Sangue e da Transplantação do Porto; Rua de Bolama, 133, 4200-139 Porto	Centros-IPST,IP			
	SMS Alerta	não se esqueça de dar sangue na sua localidade, empresa	Outros Locais			
	SMS Alerta	localidade				
	SMS Alerta	empresa	Campanhas-recolha			

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	Campanha 2012	Carolina Patrocínio, 25 anos, apresentadora “DAR ESTÁ-LHE NO SANGUE”			Mensagens Promocionais	Dimensão
		MÁRIO LAGINHA, 52 anos, Pianista e compositor “DAR ESTÁ-LHE NO SANGUE”				
	Campanha 2013	“Dê sangue, salve vidas”				
		“Dê sangue, salve vidas”				
		“Dê sangue, salve vidas”				
	Campanha 2012	“Dê sangue, salve vidas”				
		“Dê sangue, salve vidas”				
	SMS Alerta	“Caro dador: não se esqueça de dar sangue na sua localidade, empresa, hospital ou IPST. Como sempre, contamos consigo”				
	SMS Convocação	Dia..., horas..., contamos com a sua dádiva de sangue no.... Obrigada. IPST”				
		“Torne-se dador... “O sangue é obtido através de dádivas voluntárias e não remuneradas, efetuadas por pessoas em excelentes condições de saúde.” Tomar uma curta refeição “Os homens podem repetir a dádiva de 3 em 3 meses e as mulheres de 4 em 4 meses” “Ter pelo menos 50kg”, “Ter idade superior a 18 anos”, “Ser saudável” “Para dar sangue deve fazê-lo sem grandes pressas “Deve hidratar-se com líquidos como água ou chá no dia anterior e no próprio dia.” “Deve evitar grandes períodos de exposição solar.”, “Deve tomar o pequeno-almoço se der sangue de manhã, “Se der sangue depois do almoço deve aguardar 3 horas para completar a digestão.” Deve continuar a hidratação.”, “Deve evitar grandes períodos de exposição solar.”, “Deve evitar exercícios físicos.” Com quem é compatível, se é rh+ pode receber pode dar, se é rh - pode receber pode dar				
Campanha 2013	“Dê sangue, salve vidas”			Comunicação-afectivo-relacional	Categorias	
	“Dê sangue, salve vidas”					
	“Dê sangue, salve vidas”					
	“Dê sangue, salve vidas”					
Campanha 2012	Mário Laginha, 52 anos, Pianista e compositor “Dar está-lhe no sangue”					
	Carolina Patrocínio, 25 anos, apresentadora “Dar está-lhe no sangue”					
	Dê sangue, salve vidas					
	Dê sangue, salve vidas					

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	Campanha 2013	"DÊ SANGUE, SALVE VIDAS" "DÊ SANGUE, SALVE VIDAS" "DÊ SANGUE, SALVE VIDAS" "DÊ SANGUE, SALVE VIDAS"	Emoção-desejo-convicção			Indicadores
	Campanha 2012	"DAR ESTÁ-LHE NO SANGUE" "DAR ESTÁ-LHE NO SANGUE" Dê sangue, salve vidas Dê sangue, salve vidas				
	SMS Alerta	não se esqueça de dar sangue na sua localidade, empresa, hospital ou IPST				
	SMS Convocação	"Dia..., horas..., contamos com a sua dádiva de sangue no..... dádivas voluntárias e não remuneradas, efetuadas por pessoas em excelentes condições de saúde decisão de dar sangue "Sentir-se com saúde e ter hábitos de vida saudáveis" Faça a inscrição através de identificação completa. Ir ao exame médico. Responda com sinceridade às perguntas que lhe forem feitas (a informação é guardada sob sigilo)." Dar sangue. Todo o material utilizado está esterilizado e é usado uma única vez Tomar uma curta refeição Os homens podem repetir a dádiva de 3 em 3 meses mulheres de 4 em 4 meses Ter pelo menos 50kg idade superior a 18 anos				
	Folheto IPST	Ser saudável Dar sangue deve fazê-lo sem grandes pressas "Deve hidratar-se com líquidos como água ou chá no dia anterior e no próprio dia." "Deve evitar grandes períodos de exposição solar." "Deve tomar o pequeno almoço se der sangue de manhã." "Se der sangue depois do almoço deve aguardar 3 horas para completar a digestão." "Deve continuar a hidratação." "Deve evitar grandes períodos de exposição solar." "Deve evitar exercícios físicos." Se é RH+ pode receber/pode dar Se é RH- pode receber/pode dar	Comunicação-cognitivo-racional		Categorias	

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	Folheto IPST	material utilizado está esterilizado usado uma única vez hidratar-se com líquidos como água ou chá no dia anterior e no próprio dia evitar grandes períodos de exposição solar tomar o pequeno almoço aguardar 3 horas para completar a digestão continuar a hidratação evitar grandes períodos de exposição solar evitar exercícios físicos.	Coping-medos			
	SMS Alerta	dar sangue na sua localidade, hospital				
	SMS Convocação	IPST. Dia horas dáviva de sangue no..... dávivas voluntárias não remuneradas pessoas em excelentes condições de saúde decisão saúde hábitos de vida saudáveis				
	Folheto IPST	Faça a inscrição através de identificação completa. exame médico sinceridade às perguntas sigilo curta refeição Os homens podem repetir a dádiva de 3 em 3 meses mulheres de 4 em 4 meses pelo menos 50kg idade superior a 18 anos Ser saudável Sem grandes pressas Se é RH+ Se é RH-	Informação- factos			

Indicadores

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	Folheto IPST	“Torne-se dador...”	Comunicação Conativo-motivacional		Indicadores	Categorias
	Folheto IPST	“Torne-se dador...”	Experiência-motivação		Indicadores	
	Campanha 2013	“Respeito”: “O que eu recebo ao dar sangue” “Dê sangue, salve vidas” “Vida”: “O que eles recebem ao dar sangue” “Dê sangue, salve vidas” “Segurança”: “O que nós recebemos ao dar sangue” “Dê sangue, salve vidas” “Felicidade”: “O que tu recebes ao dar sangue” “Dê sangue, salve vidas”	Motivação Pró-social			Dimensão
	Campanha 2012	Dê sangue, salve vidas Dê sangue, salve vidas				
	Campanha 2013	“Respeito”: “O que eu recebo ao dar sangue” “Felicidade”: “O que tu recebes ao dar sangue”	Altruísmo			Categorias
	Campanha 2013	“Respeito”: “O que eu recebo “Felicidade”: “O que tu recebes	Consciência-individual		Indicadores	
	Campanha 2013	“Dê sangue, salve vidas” “Vida”: “O que eles recebem ao dar sangue” “Dê sangue, salve vidas” “Segurança”: “O que nós recebemos ao dar sangue” “Dê sangue, salve vidas” “Dê sangue, salve vidas”	Colectivismo Social			Categorias
	Campanha 2012	“Dê sangue, salve vidas” “Dê sangue, salve vidas”				

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
IPST	Campanha 2013	“Dê sangue, salve vidas”	Bem-estar-sociedade		Indicadores	
		“Vida”				
		“Dê sangue, salve vidas”				
		“Segurança”				
		“Dê sangue, salve vidas”				
	Campanha 2012	Dê sangue, salve vidas				
		Dê sangue, salve vidas				
	Campanha 2012	Mário Laginha, 52 anos, Pianista e compositor “Dar está-lhe no sangue”	Perceção das Normas Sociais			Dimens ão
		Carolina Patrocínio, 25 anos, apresentadora “Dar está-lhe no sangue”				
	Campanha 2012	Mário Laginha, 52 anos, Pianista e compositor “Dar está-lhe no sangue”	Normas Descritivas			Categor ias
Carolina Patrocínio, 25 anos, apresentadora “Dar está-lhe no sangue”						
Campanha 2012	“Dar está-lhe no sangue”	Exemplo-grupos-referência			Indica dores	
	“Dar está-lhe no sangue”					
Folheto IPST	“Torne-se dador...”	Valores Pessoais			Dime nsão	
	“Tomar a decisão de dar sangue.”					
Folheto IPST	“Torne-se dador...”	Normas Morais Pessoais			Categor orias	
	decisão de dar sangue					
Folheto IPST	“Torne-se dador...”	Dever-obrigação			Indica dores	
	decisão de dar sangue					

ANEXO 9

Tabela Anexo 7 – Frequência de Indicadores, Categorias e Dimensões da Comunicação com Parceiros, derivada por Método Indutivo

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
PARCEIROS IPST	Folheto Danacol	Dar é receber				Dimensão
	Cartaz Danacol	Dar é receber			Comunicação e Marketing	
	Cartaz A+	A+ quem precise do seu sangue para viver				
	Mitos e dúvidas da dívida de sangue	Mitos e dúvidas da dívida de sangue				
	Folheto Danacol	Dar é receber				
	Cartaz A+	A+ quem precise do seu sangue para viver		Marketing Directo		
	Mitos e dúvidas da dívida de sangue	Mitos e dúvidas da dívida de sangue				
	Folheto Danacol	Dar é receber				Temas ou Indicadores
	Cartaz A+	A+ quem precise do seu sangue para viver	E-mail-sms-redes-sociais			
	Mitos e dúvidas da dívida de sangue	Mitos e dúvidas da dívida de sangue				
	Folheto Danacol	Dar é receber	Folhetos			
	Folheto Danacol	Dar é receber		RP-face-a-face		
	Mitos e dúvidas da dívida de sangue	Mitos e dúvidas da dívida de sangue				Conceitos ou Categorias
	Cartaz A+	A+ quem precise do seu sangue para viver		Parcerias		
	Mitos e dúvidas da dívida de sangue	Mitos e dúvidas				
	Cartaz Danacol	Dar é receber			Parceria-Danacol	Temas ou Indicadores
	Folheto Danacol	Dar é receber				
	Cartaz A+	A+ quem precise do seu sangue para viver		Parcerias-Immochan		
	Mitos e dúvidas da dívida de sangue	Mitos e dúvidas da dívida de sangue		Parceria-Time-Out		
	Cartaz Danacol	Dar é receber				Conceitos ou Categorias
Cartaz A+	A+ quem precise do seu sangue para viver		Publicidade			
Mitos e dúvidas da dívida de sangue	Mitos e dúvidas da dívida de sangue					
Cartaz Danacol	Dar é receber		Outdoor-muppies-roll-up-cartaz		Temas ou Indicadores	
Cartaz A+	A+ quem precise do seu sangue para viver					
Cartaz A+	A+ quem precise do seu sangue para viver		Tv-rádio-imprensa			
Mitos e dúvidas da dívida de sangue	Mitos e dúvidas da dívida de sangue					

GRUPO	SUORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
PARCEIROS IPST	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	<p>Sabia que... pode dar sangue, desde que, se sinta com saúde, pese pelo menos 50 kg e tenha 18 anos?</p> <p>Sabia que... no dia da dávida de sangue deve: ingerir mais líquidos, preferencialmente, água!</p> <p>Sabia que... após a sua dávida de sangue deve observar os seguintes conselhos: ingerir mais líquidos que o habitual; evitar fumar; evitar esforços físicos (trabalhos em altura, mergulho ou viagens de avião).</p> <p>Sabia que... ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes que todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver? (ex: doentes que aguardam um transplante de medula óssea)</p> <p>Sabia que... para dar sangue não deve estar em jejum? Mas se tiver feito uma refeição completa, deverá aguardar o período da digestão!</p> <p>Sabia que... sendo mulher, o período menstrual não é impeditivo para a dávida de sangue? E que, pode dar sangue até 3x ao ano (por ex.: de 4 em 4 meses)?</p> <p>Sabia que... não pode dar sangue se estiver grávida ou a amamentar?</p> <p>Sabia que... após a troca de parceiro sexual, deve aguardar 6 meses para poder dar sangue?</p> <p>Sabia que... após efetuar uma extração ou obturação a um ou mais dentes deve aguardar 7 dias para dar sangue?</p>		Conhecimentos Sobre Sangue	Dimensão	
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	<p>No dia da dávida de sangue deve: ingerir mais líquidos, preferencialmente, água!</p> <p>Ingerir mais líquidos que o habitual;</p> <p>Evitar fumar</p> <p>Evitar esforços físicos (trabalhos em altura, mergulho ou viagens de avião).</p> <p>Sabia que... para dar sangue não deve estar em jejum? Mas se tiver feito uma refeição completa, deverá aguardar o período da digestão!</p>		Colheita de Sangue	Conceitos ou Categorias	

GRUPO	SUORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
PARCEIROS IPS	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Ingerir mais líquidos Evitar fumar Evitar esforços físicos Trabalhos em altura Mergulho Viagens de avião	Segurança-pós-dávida		Temas ou Indicadores	
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Ingerir mais líquidos, preferencialmente, água! Para dar sangue não deve estar em jejum? Se tiver feito uma refeição completa, deverá aguardar o período da digestão!	Segurança-pré-dávida			
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes que todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver	Dávida de Sangue		Conceitos ou Categorias	
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Transfusões para continuarem a viver Doentes que aguardam um transplante de medula óssea	Terapêutica-sangue		Temas ou Indicadores	
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Pode dar sangue, desde que, se sinta com saúde, pese pelo menos 50 kg e tenha 18 anos Sendo mulher, o período menstrual não é impeditivo para a dávida de sangue? E que, pode dar sangue até 3x ao ano Não pode dar sangue se estiver grávida ou a amamentar Troca de parceiro sexual, deve aguardar 6 meses para poder dar sangue Extração ou obturação a um ou mais dentes deve aguardar 7 dias para dar sangue	Dador Sangue		Conceitos ou Categorias	
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Se sinta com saúde Pese pelo menos 50 kg Tenha 18 anos O período menstrual não é impeditivo para a dávida de sangue Pode dar sangue até 3x ao ano	Elegibilidade		Temas ou Indicadores	
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Grávida Amamentar Troca de parceiro sexual, deve aguardar 6 meses Extração ou obturação a um ou mais dentes deve aguardar 7 dias	Inibição-temporária			

GRUPO	SUORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	CÓDIGO
PARCEIROS IPS	Folheto danacol	“por si e por quem mais precisa.”	Divulgação	Necessidade Contínua Dádiva Sangue	Dimensão	
	Cartaz danacol	“por si e por quem mais precisa.”				
	Cartaz A+	“A+ quem precise do seu sangue para viver”				
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Sabia que... ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentesque todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver? (ex: doentes que aguardam um transplante de medula óssea)				
		Sabia que... o ipst, ip colhe aproximadamente 600 unidades de sangue, por dia?				
		Sabia que... todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue?				
	Folheto Danacol	“por si e por quem mais precisa.”	Necessidade Contínua Sangue	Temas ou Indicadores		
	Cartaz Danacol	“por si e por quem mais precisa.”				
	Cartaz A+	Precise do seu sangue para viver				
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentesque todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver				
		O IPST colhe aproximadamente 600 unidades de sangue, por dia?				
		Todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue				
Folheto Danacol	“por si e por quem mais precisa.”	Comunicação-necessidade-sangue				
Cartaz Danacol	“por si e por quem mais precisa.”					
Cartaz A+	Precise do seu sangue					
Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Milhares de doentesque todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver					
	IPST colhe aproximadamente 600 unidades de sangue, por dia					
	Todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue?					
Folheto danacol	Dar é receber	Envolvimento e Goodwill IPST,IP	Dimensão			
Cartaz danacol	Por si e por quem mais precisa					
	Dar é receber					
Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Por si e por quem mais precisa					
	Sabia que... ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentesque todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver? (ex: doentes que aguardam um transplante de medula óssea)					
	Sabia que... o IPST colhe aproximadamente 600 unidades de sangue, por dia?					
	Sabia que... todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue?					

GRUPO	SUORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
PARCEIROS IPS	Folheto Danacol	Dar é receber Por si e por quem mais precisa	Missão IPST,IP		Conceitos ou Categorias
	Cartaz Danacol	Dar é receber Por si e por quem mais precisa			
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes que todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver IPST colhe aproximadamente 600 unidades de sangue, por dia Todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue			
	Folheto Danacol	Dar é receber Por si e por quem mais precisa	Envolvimento		Temas ou Indicadores
	Cartaz Danacol	Dar é receber Por si e por quem mais precisa			
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes Dependem de transfusões para continuarem a viver			
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	IPST colhe aproximadamente 600 unidades de sangue, por dia Todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue	Relevância-missão		
	Folheto Danacol	“dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular” “dê sangue viva melhor” Sabia que 1 em cada 2 portugueses tem excesso de colesterol no sangue? O colesterol é uma gordura essencial ao bom funcionamento do organismo. Mas, em excesso no sangue torna-se um factor de risco de doenças cardiovasculares, umas das principais causas de mortalidade em Portugal. Os meus valores Comece hoje mesmo a controlar o seu nível de colesterol < 190 mg/dl valor desejável menor risco de vir a sofrer de doença coronária ≥ 190 e ≤ 239 mg/dl moderadamente elevado risco aumentado de vir a sofrer de doença coronária > 240 mg/dl colesterol elevado dobro do risco de vir a sofrer de doença coronária (comparado com quem tem colesterol dentro dos valores normais)	Incentivos à Dádiva de Sangue		Dimensão
	Cartaz Danacol	Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular Dê sangue viva melhor			

GRUPO	SUORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	
PARCEIROS IPS	Folheto Danacol	<p>“Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular”</p> <p>“Dê sangue viva melhor”</p> <p>Sabia que 1 em cada 2 portugueses tem excesso de colesterol no sangue?</p> <p>O colesterol é uma gordura essencial ao bom funcionamento do organismo. Mas, em excesso no sangue torna-se um factor de risco de doenças cardiovasculares, umas das principais causas de mortalidade em Portugal.</p> <p>Os meus valores</p> <p>Comece hoje mesmo a controlar o seu nível de colesterol</p> <p>< 190 mg/dl Valor desejável Menor risco de vir a sofrer de doença coronária</p> <p>≥ 190 e ≤ 239 mg/dl Moderadamente elevado Risco aumentado de vir a sofrer de doença coronária</p> <p>> 240 mg/dl Colesterol elevado Dobro do risco de vir a sofrer de doença coronária (comparado com quem tem colesterol dentro dos valores normais)</p>	Benefícios Percebidos Dádiva Sangue		Conceitos ou Categorias	
	Cartaz Danacol	<p>Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular</p> <p>Dê sangue viva melhor</p>				
	Folheto Danacol	<p>Diminuição do seu risco cardiovascular</p> <p>Viva melhor</p>	Benefício-saúde			Temas ou Indicadores
	Cartaz Danacol	<p>Diminuição do seu risco cardiovascular</p> <p>Viva melhor</p>				
	Folheto Danacol	<p>Os meus valores (colesterol)</p> <p>Controlar o seu nível de colesterol</p>	Check-saúde			
	Folheto Danacol	<p>< 190 mg/dl Valor desejável Menor risco de vir a sofrer de doença coronária</p> <p>≥ 190 e ≤ 239 mg/dl Moderadamente elevado Risco aumentado de vir a sofrer de doença coronária</p> <p>> 240 mg/dl Colesterol elevado Dobro do risco de vir a sofrer de doença coronária (comparado com quem tem colesterol dentro dos valores normais)</p> <p>Sabia que 1 em cada 2 portugueses tem excesso de colesterol no sangue?</p> <p>O colesterol é uma gordura essencial ao bom funcionamento do organismo. Mas, em excesso no sangue torna-se um factor de risco de doenças cardiovasculares, umas das principais causas de mortalidade em Portugal.</p>	Conhecimentos-saúde			

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
PARCEIROS IPS	Cartaz Danacol	Em fevereiro a equipa Danacol está no IPST na dádiva de sangue LISBOA - Parque da Saúde, Av. do Brasil n.º 53, Pavilhão n.º 17 PORTO - Rua do Bolama n.º 133 COIMBRA - Quinta da Vinha Moura - Covões, São Martinho do Bispo Para mais informações consulte www.ipst.pt " http://www.facebook.com/danoneportugal " "Ponto solidário de colheita de sangue e dadores de medula óssea" "No âmbito da parceria estabelecida entre o Alegro e o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, o seu centro comercial vai ser um ponto solidário onde poderá dar sangue e inscrever-se para ser dador de medula óssea."	Locais Colheita Sangue		Dimensão
	Cartaz Danacol	Danacol está no IPST LISBOA - Parque da Saúde, Av. do Brasil n.º 53, Pavilhão n.º 17 PORTO - Rua do Bolama n.º 133 COIMBRA - Quinta da Vinha Moura - Covões, São Martinho do Bispo Para mais informações consulte www.ipst.pt " http://www.facebook.com/danoneportugal " www.facebook.com/danoneportugal	IPST,IP		Conceitos ou Categorias
	Cartaz Danacol	www.ipst.pt " http://www.facebook.com/danoneportugal "	Atendimento-contactos	Temas ou Indicadores	
	Cartaz Danacol	FEVEREIRO	Atendimento-horários		
	Cartaz Danacol	NO IPST LISBOA - Parque da Saúde, Av. do Brasil n.º 53, Pavilhão n.º 17 PORTO - Rua do Bolama n.º 133 COIMBRA - Quinta da Vinha Moura - Covões, São Martinho do Bispo	Centros-IPST,IP		
	Cartaz A+	PONTO SOLIDÁRIO DE COLHEITA DE SANGUE parceria estabelecida entre o Alegro e o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, o seu centro comercial vai ser um ponto solidário onde poderá dar sangue	Outros Locais		Conceitos ou Categorias
	Cartaz A +	PONTO SOLIDÁRIO DE COLHEITA o seu centro comercial vai ser um ponto solidário	Campanhas-recolha		Temas ou Indicadores

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	
PARCEIROS IPS	Folheto Danacol	“Dar é receber”			Dimensão	
		“Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular”				
		“Dê sangue viva melhor”				
		“Por si e por quem mais precisa.”				
		Sabia que 1 em cada 2 portugueses têm excesso de colesterol no sangue?1				
		O colesterol é uma gordura essencial ao bom funcionamento do organismo.				
		Quer uma forma eficaz para ajudar a reduzir o seu colesterol?				
	Cartaz Danacol	Comece hoje mesmo a controlar o seu nível de colesterol				
		Comece hoje mesmo a controlar o seu nível de colesterol				
		“dar é receber”				
	Cartaz A+	Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular				
		Dê sangue viva melhor				
		“Por si e por quem mais precisa.”				
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Em fevereiro a equipa Danacol está no IPST na dádiva de sangue				Mensagens Promocionais
		“A+ quem precise do seu sangue para viver”				
		“Venha dar aqui”				
		“No âmbito da parceria estabelecida entre o alegro e o instituto português do sangue e da transplantação, o seu centro comercial vai ser um ponto solidário onde poderá dar sangue e inscrever-se para ser dador de medula óssea.”				
		“Fique atento ao nosso facebook e site para saber as datas em que poderá dar vida!”				
Sabia que... pode dar sangue, desde que, se sinta com saúde, pese pelo menos 50 kg e tenha 18 anos?						
Sabia que... no dia da dádiva de sangue deve: ingerir mais líquidos, preferencialmente, água!						
Sabia que... após a sua dádiva de sangue deve observar os seguintes conselhos: ingerir mais líquidos que o habitual; evitar fumar; evitar esforços físicos (trabalhos em altura, mergulho ou viagens de avião).						
Sabia que... ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes que todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver? (ex: doentes que aguardam um transplante de medula óssea)						
Sabia que... para dar sangue não deve estar em jejum? Mas se tiver feito uma refeição completa, deverá aguardar o período da digestão!						
Sabia que... sendo mulher, o período menstrual não é impeditivo para a dádiva de sangue? E que, pode dar sangue até 3x ao ano (por ex.: de 4 em 4 meses)?						
Sabia que... sendo homem pode dar sangue até 4x ao ano (por ex: de 3 em 3 meses)?						
Sabia que... não pode dar sangue se estiver grávida ou a amamentar?						
Sabia que... após a troca de parceiro sexual, deve aguardar 6 meses para poder dar sangue?						
Sabia que... se tiver feito uma tatuagem ou colocado um piercing, pode dar sangue, logo 4 meses depois?						
Sabia que... após efetuar uma extração ou obturação a um ou mais dentes deve aguardar 7 dias para dar sangue?						
Sabia que... o IPST colhe aproximadamente 600 unidades de sangue, por dia?						
Sabia que... todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue?						

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
PARCEIROS IPST	Folheto Danacol	“dar é receber” “por si e por quem mais precisa.”	Comunicação-afectivo-relacional		Conceitos ou Categorias
	Cartaz Danacol	“dar é receber” “por si e por quem mais precisa.”			
	Cartaz A+	Precise do seu sangue para viver Saber as datas em que poderá dar vida			
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes que todos os dias dependem de transfusões para continuarem a viver			
	Folheto Danacol	“dar é receber” “por si e por quem mais precisa.”	Emoção-desejo-convicção		Temas ou Indicadores
	Cartaz Danacol	“dar é receber” “por si e por quem mais precisa.”			
	Cartaz A+	Precise do seu sangue Poderá dar vida!”			
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Ao dar sangue está a contribuir para o aumento da qualidade de vida de milhares de doentes dependem de transfusões para continuarem a viver			
	Folheto Danacol	“dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular” Sabia que 1 em cada 2 portugueses tem excesso de colesterol no sangue?1 O colesterol é uma gordura essencial ao bom funcionamento do organismo. Quer uma forma eficaz para ajudar a reduzir o seu colesterol? Comece hoje mesmo a controlar o seu nível de colesterol Comece hoje mesmo a controlar o seu nível de colesterol	Comunicação-cognitivo-racional		Conceitos ou Categorias
	Cartaz Danacol	Danacol está no ipst na dávida de sangue			
Cartaz A+	Parceria estabelecida entre o alegre e o instituto português do sangue e da transplantação, o seu centro comercial vai ser um ponto solidário onde poderá dar sangue Pode dar sangue, desde que, se sinta com saúde, pese pelo menos 50 kg e tenha 18 anos Dia da dávida de sangue deve: ingerir mais líquidos, preferencialmente, água Ingerir mais líquidos que o habitual; Evitar fumar Evitar esforços físicos (trabalhos em altura, mergulho ou viagens de avião).				
Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Sabia que... para dar sangue não deve estar em jejum? Mas se tiver feito uma refeição completa, deverá aguardar o período da digestão! Sendo mulher, o período menstrual não é impeditivo para a dávida de sangue? E que, pode dar sangue até 3x ao ano Sendo homem pode dar sangue até 4x ao ano Não pode dar sangue se estiver grávida ou a amamentar Troca de parceiro sexual, deve aguardar 6 meses para poder dar sangue Sabia que... se tiver feito uma tatuagem ou colocado um piercing, pode dar sangue, logo 4 meses depois? Extração ou obturação a um ou mais dentes deve aguardar 7 dias para dar sangue IPST colhe aproximadamente 600 unidades de sangue, por dia Todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue				

GRUPO	SUORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
PARCEIROS IPST	Folheto Danacol	“dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular” Reduzir Controlar Controlar			
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Ingerir mais líquidos, preferencialmente, água! Ingerir mais líquidos Evitar fumar; Evitar esforços físicos Trabalhos em altura Mergulho Viagens de avião Para dar sangue não deve estar em jejum? Se tiver feito uma refeição completa, deverá aguardar o período da digestão!	Coping-medos		
	Folheto Danacol	Sabia que 1 em cada 2 portugueses tem excesso de colesterol no sangue?1 O colesterol é uma gordura essencial ao bom funcionamento do organismo.			
	Cartaz Danacol	Danacol está no IPST			
	Cartaz A+	Seu centro comercial vai ser um ponto solidário Se sinta com saúde Pese pelo menos 50 kg Tenha 18 anos No dia da dávida de sangue deve: ingerir mais líquidos, preferencialmente, água! Ingerir mais líquidos que o habitual; Evitar fumar; Evitar esforços físicos Trabalhos em altura Mergulho Viagens de avião Para dar sangue não deve estar em jejum? Se tiver feito uma refeição completa, deverá aguardar o período da digestão! O período menstrual não é impeditivo Pode dar sangue até 3x ao ano Homem pode dar sangue até 4x ao ano O IPST colhe aproximadamente 600 unidades de sangue, por dia? Todos os dias os hospitais necessitam de cerca de 1 100 unidades de sangue? Grávida A amamentar Troca de parceiro sexual, deve aguardar 6 meses	Informação- factos		
	Mitos e dúvidas da dávida de sangue	Feito uma tatuagem Colocado um piercing Extração ou obturação a um ou mais dentes deve aguardar 7 dias	\Informação- factos- temporários		

Temas ou Indicadores

GRUPO	SUPORTE COMUNICACIONAL	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
PARCEIROS IPST	Folheto Danacol	“Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular” “Dê sangue, viva melhor”	Comunicação Conativo-motivacional	Conceitos ou Categorias	Dimensão
	Cartaz Danacol	Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular Dê sangue, viva melhor			
	Cartaz A+	“Venha dar aqui”			
	Folheto Danacol	“Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular” “Dê sangue, viva melhor”	Experiência-motivação	Temas ou Indicadores	
	Cartaz Danacol	“Dar sangue pode contribuir para a diminuição do seu risco cardiovascular” “Dê sangue, viva melhor”			
	Cartaz A+	“Venha dar aqui”			
	Folheto Danacol	“Dar é receber” “Por si e por quem mais precisa.”	Motivação Pró-social		
	Cartaz Danacol	“Dar é receber” “Por si e por quem mais precisa.”			
	Cartaz A+	“Fique atento ao nosso Facebook e site para saber as datas em que poderá dar vida!”			
	Folheto Danacol	“Dar é receber”	Altruísmo	Conceitos ou Categorias	
	Cartaz Danacol	“Dar é receber”			
	Cartaz A+	“Saber as datas em que poderá dar vida			
	Cartaz Danacol	“Dar é receber”	Consciência-individual	Temas ou Indicadores	
	Folheto Danacol	Dar é receber”			
	Cartaz A+	“poderá dar vida			
	Folheto Danacol	“Por si e por quem mais precisa.”	Coletivismo Social	Conceitos ou Categorias	
	Cartaz Danacol	“Por si e por quem mais precisa.”			
	Folheto Danacol	“Por si e por quem mais precisa.”	Bem-estar-sociedade	Temas ou Indicadores	
Cartaz Danacol	“Por si e por quem mais precisa.”				

ANEXO 10

Tabela Anexo 8 – Memória Descritiva de Indicadores, Categorias e Dimensões das Representações da dádiva de sangue, derivada por Método Indutivo

UNIDADES DE REGISTO (FOCUS GRUPO)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
“Tenho até uma tia-avó que me desaconselhou a dar sangue porque todas as pessoas que ela tinha conhecido e que davam sangue, morreram cedo.”	Crença-morte-prematura	Convicção emocional de que o comportamento de dar sangue conduz a uma morte precoce.	Crenças	Interpretações e premissas do que se considera certo. A convicção emocional do que deve ser certo é o que sustenta a crença	IMAGINÁRIO SOCIAL Crenças, Tabus e Mito Sistema de representações sociais constituído por crenças, tabus ou mitos baseado em simbolismos, premissas, convicção e preconceitos de todas as ordens (religiosas, psicológicas, culturais, sociais ou económicas) que organizam o que se considera certo e/ou expectável, numa dada cultura, sociedade ou grupo
“Mas acho que há muitos tabus acerca da dádiva de sangue.”	Tabu-sangue	Preconceitos estabelecidos sobre a dádiva de sangue considerados proibidos.	Tabus	Preconceitos, premissas e comportamentos estabelecidos ou expectáveis considerados proibidos.	
“O sangue está garantido, julgo que o sangue já está nos hospitais.” “O sangue já está nos hospitais.” (interpretação: o banco de sangue fica nos hospitais) “(…) eu já dei uma vez, portanto já fiz o meu papel!” “(…) que está no banco do Estado.” “Era o sangue do Estado. Pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira no tal banco de sangue.” “(…) já dei para lá, não preciso de dar mais sangue porque fica num banco que dura uma vida!”	Mito-banco-sangue	Convicção partilhada que estabelece o comportamento expectável em torno da ideia de que o sangue está depositado num Banco de Sangue, para o qual se dá sangue uma vez ou quando for necessário.	Mitos	Elemento organizador baseado num conjunto de crenças em torno do qual se estabelecem regras de comportamentos e diretrizes do que é aceitável. Evoluem na ausência de saber científico.	
“Pensava no sangue como penso no ouro que está no banco do estado” (interpretação: era o sangue do estado)	Sangue-ouro (sem validade ou como se fosse ouro)	Convicção partilhada que estabelece o comportamento expectável em torno da ideia de reservas de sangue cuja validade é ilimitada, como o ouro			
“(…) medo da dor das agulhas.” “(…) aquela sensação de se ter uma coisa espetada no braço” “(…) medo de agulhas” “(…) dar sangue com uma coisa espetada no braço” “Sensação de que de certeza não me vou sentir bem (…)” “(…) posso desmaiar” “(…) medo de desmaiar”	Medo-dor-agulhas Medo-desmaio-má-disposição	“Medo de agulhas e da dor associada a estas” “Medo de desmaiar (sincope vasovagal); sintomas iniciais de doença como náuseas e tonturas”	Medos Específicos	É a emoção negativa mais comum, sendo desencadeada por perigo e/ou dor iminentes, sejam estes reais ou imaginados, com referência à dádiva de sangue.	
“(…) aquele baque” “Nervoso por dar sangue” “Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue (…)”	Medo-difuso	“Apreensão geral sobre a dádiva não dirigida a qualquer aspecto, em concreto”			
“(…) as pessoas que ela tinha conhecido e que davam sangue, morreram cedo.”	Medo-redução-anos-vida	“Medo que a dádiva de sangue tenha impacto negativo na saúde e na redução dos anos de vida do dador			

UNIDADES DE REGISTO (FOCUS GRUPO)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
“(…) e claro, no próprio IPS. ”	IPST-Centros	Identificação e reconhecimento dos centros permanentes do IPST enquanto locais de colheita de sangue.	IPST	Identificação e reconhecimento dos centros-IPST, permanentes e temporários de colheita, por parte de dadores, potenciais dadores de sangue e população em geral.	LOCAIS DE COLHEITA DE SANGUE Identificação e reconhecimento dos diversos locais de colheita de sangue, promovidos pela entidade reguladora, hospitais outras instituições e/ou coletividades, referidos por dadores, potenciais dadores de sangue e população em geral.
“O meu marido dador de sangue é abordado na empresa e dá sangue nas unidades móveis. ”	IPST -unidade-móvel	Identificação e reconhecimento das unidades móveis do IPST enquanto locais de colheita de sangue, temporários.			
“O IPS já cá esteve, e faz protocolos com outras instituições que depois fazem campanhas e prestam serviços (…)”	IPST-campanhas-recolha	Identificação e reconhecimento das campanhas temporárias enquanto locais de colheita de sangue, organizados pelo IPST.			
“(…) a Cruz Vermelha, é quem faz mais recolhas (…).”	Cruz-vermelha-recolha	Identificação e reconhecimento das campanhas temporárias enquanto locais de colheita de sangue organizadas pela CVP.	Cruz Vermelha Portuguesa		
“Eu também acho que é o hospital o local ideal para se dar sangue (…)” “ Estamos numa unidade de saúde pública , o que ainda é melhor.” “ O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue: higiene e é o local em que as pessoas mais naturalmente pensam para irem dar sangue.” “ O hospital é onde as pessoas mais dão sangue. É o sítio mais provável para se dar sangue. ”	Hospitais-recolha	Identificação e reconhecimento dos hospitais como locais de colheita de sangue, permanentes.	Hospitais		
“O hospital das Forças Armadas tem condições excelentes.”	Forças-Armadas-recolha	Identificação e reconhecimento do Hospital das Forças Armadas como local de colheita de sangue, permanente.			
“Sou dadora de sangue no Hospital da Estefânia ”	Estefânia-recolha	Identificação e reconhecimento do Hospital de Dona Estefânia como local de colheita de sangue, permanente.			
“(…) há sempre colheitas feitas na universidade , uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue, (…).” “(…) não retiro a importância aos outros locais (…)” “ Na nossa faculdade a recolha é feita (…)” “ Já dei sangue nos bombeiros. ” “O meu marido dador de sangue é abordado na empresa (…)”	Universidades-empresas-bombeiros-recolha	Identificação e reconhecimento de campanhas temporárias de colheita de sangue organizadas por universidades, empresas ou bombeiros.	Outros locais	Identificação e reconhecimento de outros locais como entidades de colheita de sangue temporários, por parte de dadores, potenciais dadores de sangue e população em geral..	

UNIDADES DE REGISTO (<i>FOCUS GRUPO</i>)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
“(…) tenho confiança na campanha de colheita de sangue em si (…)” “(…) confio nos profissionais, no médico(…)”	Confiança	Satisfação com a confiança e segurança nos profissionais de saúde, do IPST.	Profissionais IPST	Qualidade percebida do serviço de colheita de sangue, medida a partir das interações com os profissionais de saúde e de apoio do IPST	PERCEÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DO IPST
“(…) a abordagem do IPS para incentivar à dádiva de sangue na universidade não é positiva.” “A maneira como se apresentam é pouco convidativa.” “A primeira abordagem do IPS é: “quer vir dar sangue?” “(…) As pessoas são quase coagidas ou intimidadas para a dádiva da parte do IPS ”	Frieza-impessoalidade	Insatisfação com a frieza e a impessoalidade das interações e das abordagens dos profissionais do IPST.			
“(…) se depara com o cenário que o IPS monta, é pouco convidativo” “Apesar do cenário (…)” “(…) sem o enquadramento do cenário da colheita” “O local de passagem expõe as pessoas e não resguarda a intimidade do momento” “O próprio local é feito num cantinho, pouco íntimo (…)” “Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue (…)” “(…) mas no local apesar de não ser hospitalar (…)”	Falta-ambiente-Design	Insatisfação com a falta de ambiente e design dos espaços temporários de colheita de sangue, promovidos pelo IPST.	Espaços IPST	Qualidade percebida do serviço de colheita de sangue, medida a partir da presença ou ausência de design/ambiente, higiene e privacidade dos espaços organizados pelo IPST	
“(…) o local apesar de não ser hospitalar (…)” “(…) não no local que também considero pouco higiénico.”	Fraca-higienização	Insatisfação com a fraca higienização dos espaços temporários de colheita de sangue, promovidos pelo IPST.			
“O local de passagem expõe as pessoas (…)” “(…) e não resguarda a intimidade do momento.” “(…) pouco íntimo (…)” “(…) à vista de todos”	Falta-privacidade	Insatisfação com a falta de privacidade dos espaços temporários de colheita de sangue, promovidos pelo IPST.			
“A abordagem do IPS para incentivar à dádiva de sangue na universidade não é positiva.” “A maneira como se apresentam é pouco convidativa.” “A primeira abordagem do IPS é: “quer vir dar sangue?” “As pessoas são quase coagidas ou intimidadas para a dádiva da parte do IPS ” “Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue, primeiramente, sem este impacto quase impositivo (…)”	Imposição-recolha	Insatisfação com a imposição do serviço de colheita de sangue a dadores e potenciais dadores de sangue, sem integração na conceção e produção do serviço de necessidades e expectativas, destes.	Processo IPST	Qualidade percebida do processo de colheita de sangue, medida pela capacidade de integração das necessidades e expectativas dos dadores e potenciais dadores de sangue, na conceção e produção do processo de prestação de serviços de colheita de sangue.	

UNIDADES DE REGISTO (FOCUS GRUPO)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
<p>“Eu também acho que é o hospital o local ideal para se dar sangue (...)”</p> <p>“(…) segurança (...)”</p> <p>“(…) se acontecer alguma coisa, já estamos no hospital.”</p> <p>“A médica reconhece-me e olha para mim (...)”</p> <p>“(…) mas não esteve cá há tão pouco tempo? Vamos lá ver se pode dar sangue hoje.”</p> <p>“O hospital das forças armadas tem condições excelentes”</p> <p>“O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue: higiene (...)”</p>	Confiança-segurança	Satisfação com a segurança e a confiança nos profissionais de saúde, dos hospitais.	Profissionais Hospitalais	Qualidade percebida do serviço de colheita de sangue, medida a partir das interações com os profissionais de saúde e de apoio dos hospitais.	PERCEÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DOS HOSPITAIS
<p>“As pessoas lá acolhem-me da melhor maneira, os médicos e o enfermeiro são dedicados. Já se estabeleceu uma relação. A médica reconhece-me e olha para mim (...)”</p>	Empatia	Satisfação com a simpatia e a atenção dedicada dos profissionais de saúde e de apoio, nos hospitais.			
<p>“Eu também acho que é o hospital o local ideal para se dar sangue (...)”</p> <p>“(…) higiene (...)”</p> <p>“O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue: higiene (...)”</p> <p>“O hospital das forças armadas tem condições excelentes”</p>	Higienização	Satisfação com a higienização dos espaços permanentes de colheita de sangue, nos hospitais.	Espaços Hospitalais	Qualidade percebida do serviço de colheita de sangue, medida a partir da presença ou ausência de higiene e privacidade proporcionada pelos espaços permanentes de colheita de sangue, dos hospitais.	Perceção da qualidade do serviço de colheita de sangue promovido pelos Hospitais, avaliado pelos dadores e potenciais dadores de sangue, a partir da sua relação com profissionais, espaços de colheita e a experiência com o serviço prestado (seja este informativo ou de colheita efetiva)
<p>“Eu também acho que é o hospital o local ideal para se dar sangue (...)”</p> <p>“O hospital das forças armadas tem condições excelentes”</p>	Privacidade	Satisfação com a privacidade dos espaços permanentes de colheita de sangue, nos hospitais.			
<p>“As pessoas lá acolhem-me da melhor maneira, os médicos e o enfermeiro são dedicados. Já se estabeleceu uma relação. A médica reconhece-me e olha para mim (...)”</p>	Personalizado	Satisfação com a personalização do serviço aos dadores e potenciais dadores de sangue, nos hospitais.	Processo Hospitalais	Qualidade percebida do processo de colheita de sangue medida pela capacidade de integração das necessidades e expectativas dos dadores e potenciais dadores de sangue na conceção e produção do processo de prestação de serviços de colheita de sangue, dos hospitais.	
<p>“(…) no HDE dou conta que não há muitas pessoas e acabo por não ter que esperar muito para dar sangue”</p>	Rapidez	Satisfação com a rapidez de atendimento, a dadores e potenciais dadores de sangue, nos hospitais.			

UNIDADES DE REGISTO (FOCUS GRUPO)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
<p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo, mas não chega ao maior leque de pessoas.”</p> <p>“Não penso sobre isso, só se vir a campanha.”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue”</p> <p>“Quando vemos a campanha relembra-nos, desperta-nos para uma nova consciência.”</p> <p>“Não pensamos sobre o assunto, mas se virmos a campanha talvez.”</p> <p>“(…) dadores regulares, não devem ser muitos. Espontâneos sim, por piada.”</p>	Indiferença-missão	A actividade do IPST é em geral considerada indiferente. A sua missão não é identificada ou reconhecida como essencial e determinante no suporte de vida aos doentes, com necessidades transfusionais de componentes de sangue.	Missão IPST	A razão de existir do IPST é, entre outras, a de prover componentes sanguíneos em segurança, em quantidade e em tempo útil à vida e à qualidade de vida dos doentes em situação de necessidade, nos hospitais portugueses, com internalização de serviços de medicina transfusional.	ENVOLVIMENTO E GOODWILL DO IPST Representa a capacidade de envolvimento de dadores e de potenciais dadores de sangue com a marca IPST através do seu goodwill, i.e., com o valor da sua marca representativa do todo organizacional sem se confundir com um ativo ou uma parte desta. Sendo intangível, o goodwill representa o valor atribuído em virtude das suas atitudes favoráveis, a sua reputação, o seu posicionamento, a boa governance, o relacionamento favorável com dadores e potenciais dadores, parceiros, colaboradores e da política de responsabilidade social com a comunidade.
<p>“Devia ser dadas pessoalmente, palestras, sobretudo em escolas e universidades.”</p> <p>“Reuniões como as que a Sra. está aqui a fazer connosco.”</p> <p>“Devia haver só campanhas de divulgação e esclarecimento.”</p> <p>“Eu não tinha a mínima ideia de algumas coisas de que falamos aqui, hoje.”</p> <p>“Ir às escolas, faculdades, entidades patronais com responsabilidade social, era muito importante para se promoverem estas ações de debate e reflexão (...)”</p> <p>“Acho que se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (...)”</p>	Baixo-envolvimento	Baixo envolvimento e adesão às actividades desenvolvidas pelo IPST na divulgação da sua missão, junto de dadores, potenciais dadores e população em geral .			
<p>“O IPS já cá esteve.”</p> <p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo (...)”</p>	Notoriedade-espontânea	A notoriedade espontânea é o conhecimento que o público em geral, os potenciais dadores e os dadores de sangue têm da marca, espontaneamente.	Marca IPST	Representação simbólica identificativa e diferenciadora do serviço prestado pelo IPST no suporte de vida e da qualidade de vida aos doentes nos hospitais com necessidades transfusionais de componentes de sangue.	
<p>“Tinham um roll-up à entrada com o símbolo”</p> <p>“Eles tiveram cá há uma semana ou duas, atrás.”</p> <p>“Já cá estiveram de outras vezes.”</p> <p>“Até ficam lá em baixo no piso -1”</p> <p>“(…) uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue (...)”</p>	Notoriedade-ausente	A marca do IPST não é reconhecida nem espontaneamente nem de forma assistida.			

UNIDADES DE REGISTO (FOCUS GRUPO)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
<p>“O que é importante é transmitir esta questão da durabilidade do sangue.”</p> <p>“Não sou dador de sangue, mas já quis ir dar (...)” (interpretação: não tem inf. suf. para decidir se dá ou não sangue)</p> <p>“(…) que querem dar sangue mas têm pouca informação, sentem-se pouco esclarecidas.”</p> <p>“A informação que existe não é clara, não nos esclarece.”</p> <p>“Há muita informação a circular mas ela não é esclarecedora.”</p> <p>“Acho que se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (...)”</p>	Insuficiente-pouco-clara	A informação em circulação sobre a dádiva de sangue é em geral insuficiente e não esclarece as dúvidas fundamentais para a tomada de decisão de se dar sangue, na população em geral, nos dadores e potenciais dadores, em particular.	Qualidade da Informação	Qualidade da informação em circulação sobre a dádiva de sangue, percebida por dadores e potenciais dadores de sangue em termos da suficiência, clareza, contrainformação /boatos, acessibilidade ou compreensão, da mesma.	PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE INFORMAÇÃO Perceção de dadores e potenciais dadores de sangue acerca da qualidade da informação em circulação sobre a dádiva de sangue, em termos da suficiência, clareza, contrainformação/boatos e acessibilidade ou compreensão, da mesma.
<p>“Ouvi uma notícia dessas, há algum tempo.” (interpretação: apelo emitido em virtude de falta de sangue)</p> <p>“Depois nunca mais ouvi.”</p> <p>“Acho que agora está tudo bem.” (interpretação: o estudante está a reportar-se ao facto de achar não há falta de sangue em Portugal)</p> <p>“O sangue está garantido julgo que o sangue já está nos hospitais.”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue, mas não sei (...)”</p>	Boatos	A informação em circulação sobre a dádiva de sangue não é considerada fiável ou facilmente verificável.			
<p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo, mas não chega ao maior leque de pessoas.”</p> <p>“Ir às escolas, faculdades, entidades patronais com responsabilidade social, era muito importante para se promoverem estas ações de debate e reflexão (...)”</p> <p>“Deviam ser dadas pessoalmente palestras, sobretudo em escolas e universidades. Reuniões como as que a Sra está aqui a fazer conosco. Devia haver só campanhas de divulgação e esclarecimento.”</p> <p>“Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue (...)”</p> <p>“Não há falta de informação, ela não está é acessível.”</p> <p>“Acho que se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (...)”</p> <p>“(…) eu não tinha a mínima ideia de algumas coisas de que falamos aqui, hoje.”</p>	Informação-inacessível	A informação em circulação é considerada complexa e de difícil compreensão por parte da população em geral, dos dadores e potenciais dadores de sangue, em particular, pelo que exigiria RP e comunicação face a face.			

UNIDADES DE REGISTO (FOCUS GRUPO)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
<p>“(…) dar sangue (…)”</p> <p>“(…) colheita de sangue (…)”</p> <p>“(…) para quem dá sangue (…)”</p> <p>“(…) acabo por não ter que esperar muito para dar sangue.”</p> <p>“(…) são elegíveis deveriam dar sangue (…)”</p> <p>“(…) não posso dar sangue (…)”</p> <p>“(…) mas o meu marido dá sangue (…)”</p> <p>“(…) desaconselhou-me a dar sangue (…)”</p> <p>“(…) quer vir dar sangue?”</p> <p>“(…)Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue (…)”</p> <p>“(…) dá sangue nas unidades móveis.”</p> <p>“Já dei sangue nos bombeiros.”</p> <p>“Quando me ligam para ir dar sangue (…)”</p> <p>“(…)haveria mais incentivo para darem sangue (…)”</p>	<p>Sangue-total</p> <p>contexto em que os estudantes se reportam a situações reais ou potenciais de dádiva de sangue invocando a representação comum do método de colheita de Sangue-Total.</p>	<p>Conhecimento do método de colheita de sangue total.</p>	<p>Métodos de colheita</p>	<p>Principais métodos de colheita de sangue realizados pelo IPST e/ou hospitais.</p>	<p>CONHECIMENTOS SOBRE SANGUE</p> <p>Conhecimentos gerais de dadores e potenciais dadores de sangue, sobre a temática da dádiva, nomeadamente, métodos de colheita de sangue, componentes, validade e aplicabilidade terapêutica do sangue, e ainda, acerca dos requisitos de elegibilidade e conselhos de segurança pré e pós dádiva de sangue, a observar por todos os dadores.</p>
<p>“Não”</p> <p>“Nunca ouvi falar disso”</p> <p>“Não”</p>	<p>Desconhecimento-aférese</p>	<p>Desconhecimento do método de colheita por aférese, em que apenas as plaquetas são colhidas, e/ou qual a sua importância terapêutica.</p>			
<p>“Eu não tinha a mínima noção que os diferentes componentes tinham validade ativa e que era tão curta como no caso das plaquetas.”</p> <p>“O que importante transmitir é esta questão da durabilidade de sangue.”</p> <p>“Afim o que importa é o dador regular de sangue.”</p> <p>“(…) pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira (…)”</p> <p>“A regularidade ganhar-se-ia se a validade dos componentes fosse conhecida (…)”</p>	<p>Desconhecimento-validade-componentes</p>	<p>Desconhecimento da validade dos diferentes componentes sanguíneos.</p>	<p>Unidade de Sangue</p>	<p>Uma unidade de sangue total é composta por diferentes componentes de sangue, nomeadamente, plaquetas, plasma e glóbulos vermelhos, com validades e aplicações terapêuticas, distintas.</p>	
<p>“(…) diferentes componentes”</p> <p>“(…) plaquetas”</p>	<p>Composição-componentes</p>	<p>Desconhecimento da composição de uma unidade de sangue em plaquetas, plasma e glóbulos vermelhos.</p>			
<p>“(…) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha (…)”</p>	<p>Segurança-dádivas</p>	<p>Conhecimento empírico do período para a dádiva de sangue, num homem</p>		<p>Conhecimento dos requisitos de elegibilidade para a dádiva de sangue</p>	
<p>“Não posso dar sangue e não penso nesse assunto porque tive hepatite A na infância (…)”</p>	<p>Autoexclusão</p>	<p>Conhecimento empírico dos requisitos de autoexclusão da dádiva de sangue.</p>	<p>Dador de sangue</p>		

UNIDADES DE REGISTO (FOCUS GRUPO)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
<p>“Não pensamos sobre o assunto, mas se virmos a campanha talvez (...)”</p> <p>“O sangue está garantido. Julgo que o sangue já está nos hospitais”</p> <p>“O sangue já está nos hospitais”</p> <p>“Banco de sangue.” (interpretação: sem validade do depósito e disponível para ser consumido, sempre que necessário pelos doentes)</p> <p>“(…) o sangue é preciso mas não numa base diária, regular e tanto, todos os dias.”</p> <p>“(…) infelizmente, dadores regulares, não devem ser muitos. Espontâneos sim, por piada.”</p> <p>“(…) pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira no tal banco de sangue.”</p> <p>“Acho que agora está tudo bem.” (interpretação: reservas de sangue)</p> <p>“(…) as pessoas têm a noção de que o sangue é preciso (...)”</p> <p>“Isso é o mais importante, isso muda a noção de que eu já dei uma vez, portanto já fiz o meu papel!” (interpretação: o estudante refere-se à consciência da necessidade contínua em se dar sangue e não uma única vez)</p> <p>“(…) no sangue não se dá a cara da pessoa que precisa, porque todos os dias é preciso. É a população portuguesa toda que precisa.”</p> <p>“Afim, o que importa é o dador regular de sangue.”</p> <p>“Acho que se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (...)”</p> <p>“(…) as pessoas têm a noção de que o sangue é preciso (...)”</p> <p>“Se não fosse necessário, não existiriam tantas campanhas com deslocações às universidades, às empresas.”</p> <p>“(…) nesse sentido, todos devemos dar sangue.”</p>	<p>Falta-consciência</p>	<p>Falta de consciência em geral da necessidade de se dar sangue continuamente, face às necessidades transfusionais diárias dos hospitais.</p>	<p>Necessidade contínua de sangue</p>	<p>Necessidade contínua de dádiva de sangue face aos consumos diários de componentes sanguíneos, nos hospitais.</p>	<p>PERCEÇÃO DAS NECESSIDADES DE SANGUE</p> <p>Perceção das necessidades de sangue que dadores e potenciais dadores e público em geral detêm, face aos consumos hospitalares diários e necessários</p>
<p>“Ouvii uma notícia dessas, há algum tempo. Depois nunca mais ouviu (...)” (interpretação: ouviu um apelo).</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue (...)”</p> <p>“Quando me ligam para ir dar sangue eu digo logo para mim, olha, já deve haver falta de sangue” (interpreta como apelo)</p> <p>“Reservas de sangue estavam a ficar cada vez mais escassas (...)”</p>	<p>Falta-sangue</p>	<p>Alerta à população em geral para a necessidade de dádiva de sangue em períodos de quebra acentuada de colheitas de sangue, com impacto potencial nas reservas de sangue e/ou fornecimento aos hospitais.</p>	<p>Alertas esporádicos</p>	<p>Alerta para a necessidade em se dar sangue em determinados períodos e/ou situações concretas, nomeadamente, períodos de quebra acentuada de colheitas de sangue e/ou após um evento (acidente e/ou catástrofe).</p>	
<p>“(…) mas eu sei que se precisar, tenho de certeza alguém que virá dar por mim.”</p>	<p>Família-amigos</p>	<p>Consciência da necessidade de dádiva de sangue em situação real ou potencial de necessidade de um familiar/amigo.</p>	<p>Fatalidade Família/amigos</p>	<p>Consciência da necessidade em dar sangue em situação real ou potencial de fatalidade de um familiar/amigo.</p>	

UNIDADES DE REGISTO (FOCUS GRUPO)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
<p>“Dar sangue é sinónimo de salvar vidas” “Todos se deveriam inscrever e serem doadores de sangue e de medula óssea (...)” “(...) contribuem para uma causa maior.” “A consciencialização individual é muito importante, talvez ainda mais do que a de massas.”</p>	Consciência-individual	Motivação em contribuir para o bem-estar do outro através da dádiva de sangue.	Altruísmo	Motivação em contribuir para o bem-estar de um ou mais indivíduos através da dádiva de sangue, sem desejar recompensas sociais ou materiais.	MOTIVAÇÃO PRÓ-SOCIAL
<p>“Deveria haver uma política de sensibilização das comunidades para darem sangue porque promove o bem-estar social.”</p>	Bem-estar-sociedade	Motivação em contribuir para o bem-estar de um grupo ou da comunidade através da dádiva de sangue.	Coletivismo social	Motivação em contribuir para o bem-estar de um grupo ou da coletividade através da dádiva de sangue, sem desejar recompensas sociais ou materiais.	Desejo de ter um impacto positivo noutras pessoas ou no coletivismo social através da dádiva de sangue. (Bednall e Bove, 2011)
<p>“Todos se deveriam inscrever e serem doadores de sangue e de medula óssea porque contribuem para uma causa maior.” “Todos os que têm condições para isso e são elegíveis deveriam dar sangue.” “Deveria ser um dever, uma obrigação.” “À partida, deveria ser instituído esse dever enquanto dever cívico, integrado na cidadania, instituído, tal como há outros, por ex., o dever de votar.” “(...) mas as pessoas deveriam ter esse dever (...)” “(...) todos devemos dar sangue.”</p>	Dever-obrigação	Sentimento de obrigação moral em desempenhar um comportamento de ajuda específico, tal como dar sangue.	Normas Morais Pessoais	Sentimento de obrigação moral em desempenhar um comportamento de ajuda específico, tal como dar sangue.	VALORES PESSOAIS Ideias que um indivíduo considera que valem a pena e isso encoraja-o a ter comportamentos de dádiva de sangue. (Bednall e Bove, 2011)
<p>“Eu nunca dei sangue, mas isso parte também do exemplo familiar. Na minha família nunca ninguém deu sangue, se ela me incentivasse, talvez eu desse.”</p>	Exemplo-família-amigos	Perceção do comportamento dos grupos de referência do indivíduo (família e amigos), em relação ao ato de dar sangue, e o impacto na auto-descrição do seu comportamento potencial e/ou atual.	Normas Descritivas	Perceção de como se comportam os grupos de referência em determinadas situações.	PERCEÇÃO DAS NORMAS SOCIAIS Expectativas, obrigações e sanções ancoradas nos grupos sociais de referência e do comportamento destes relativamente à dádiva de sangue. (Bednall e Bove, 2011)
<p>“(...) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha e já incentivamos as nossas filhas” “(...) tenho até uma tia-avó que me desaconselhou a dar sangue (...)”</p>	Pressão-família-amigos	Perceção do comportamento dos grupos de referência do indivíduo, (família e amigos), em relação ao acto de dar sangue, e a influência prescritiva destes no seu comportamento potencial e/ou actual.	Normas Subjectivas	Pressão social percebida para desempenhar um comportamento dos grupos de referência.	

UNIDADES DE REGISTO (FOCUS GRUPO)	INDICADORES	DEFINIÇÃO	CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
<p>“Quando me ligam para ir dar sangue (...)”</p> <p>“A primeira abordagem do IPS é: quer vir dar sangue?”</p> <p>“As pessoas são quase coagidas ou intimidadas para a dádiva da parte do IPS.”</p> <p>“Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue, primeiramente, sem este impacto quase impositivo (...)”</p>	<p>Call-Center</p> <p>RP-Face-a-face</p>	<p>Referências à utilização de Call-center para recrutar dadores de sangue por tipo de sangue necessário, para as sessões de colheita activas.</p> <p>Referências à aplicação de relações públicas e abordagem face-a-face para recrutar potenciais dadores de sangue para a campanha de colheita de sangue, a decorrer, no momento e no local.</p>	<p>Marketing Directo</p>	<p>Comunicação personalizada ou de massas estabelecida com o objetivo de obter uma resposta directa da parte de potenciais dadores e de dadores de sangue, tal como uma dádiva.</p>	<p>COMUNICAÇÃO E MARKETING</p> <p>Referências à utilização de ferramentas promocionais na sensibilização, recrutamento e fidelização de dadores, potenciais dadores de sangue e público em geral, tais como, publicidade, relações públicas, promoção e marketing directo e/ou online</p>
<p>“Quando vemos a campanha lembra-nos(....)”</p> <p>“(....) se virmos a campanha (...)”</p>	<p>TV-rádio-imprensa</p>	<p>Referências à utilização de campanhas não personalizadas de incentivo à dádiva de sangue em suportes de TV, rádio ou imprensa escrita.</p>	<p>Publicidade</p>	<p>Qualquer forma paga de apresentação e de comunicação não personalizada com o objetivo da promoção da dádiva de sangue, em suportes físicos, áudio e de imagem.</p>	
<p>“Tinham um roll-up à entrada com o símbolo.”</p> <p>“Quando vemos a campanha lembra-nos (....)”</p> <p>“(....) se virmos a campanha (...)”</p>	<p>Outdoors-Muppies-Roll-up-Cartazes</p>	<p>Referências à utilização de campanhas não personalizadas de incentivo à dádiva de sangue em suportes de Outdoors/Muppies/ Roll-up/Cartazes</p>			
<p>“(....) o Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo (...)”</p> <p>“(....) uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue.”</p> <p>“(....) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha (...)”</p>	<p>Parcerias-institucionais</p>	<p>Referências às parcerias institucionais com empresas, universidades e outros stakeholders da sociedade civil na promoção e colheita de sangue.</p>	<p>Parcerias</p>	<p>Parcerias estabelecidas no âmbito da promoção e colheita de sangue com associação de dadores, empresas e outros stakeholders da sociedade civil.</p>	

ANEXO 11

Tabela Anexos 9 - Frequência de Indicadores, Categorias e Dimensões das representações da dívida de sangue, derivada por Método Indutivo

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	
FOCUS GRUPOS	“Quando me ligam para ir dar sangue (...)”				Temas
	“Quando vemos a campanha lembra-nos (...)”				
	“(…) se virmos a campanha (...)”				
	“Tinham um roll-up à entrada com o símbolo.”				
	“(…) uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue (...)”			Comunicação e Marketing	
	“(…) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha (...)”				
	“Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue, primeiramente, sem este impacto quase impositivo”				
	“A primeira abordagem do IPS é: quer vir dar sangue?”				
	“As pessoas são quase coagidas ou intimidadas para a dívida da parte do IPS”				
	“(…) o Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo (...)”				
	“(…) explicassem quão importante é dar sangue, primeiramente, sem este impacto quase impositivo (...)”				Marketing Directo
	“A primeira abordagem do IPS é: quer vir dar sangue?”				Categorias
	“As pessoas são quase coagidas ou intimidadas para a dívida da parte do IPS”				
	“Quando me ligam para ir dar sangue (...)”				
	“(…) ligam para ir dar sangue (...)”	Call-center			Indicadores
	“(…) explicassem quão importante é dar sangue, primeiramente, sem este impacto quase impositivo (...)”				
	“(…) quer vir dar sangue?”	RP-face-a-face			
	“As pessoas são quase coagidas ou intimidadas para a dívida da parte do IPS”				
	“(…) o Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade (...)”				
	“(…) uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue (...)”			Parcerias	Categorias:
“(…) dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha (...)”					
“(…) o Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade (...)”					
“(…) vem sempre uma instituição colher sangue (...)”	Parcerias-institucionais			Indicadores	
“(…) dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha (...)”					
“Quando vemos a campanha (...)”					
“(…) se virmos a campanha (...)”			Publicidade	Categorias:	
“(…) roll-up à entrada com o símbolo.”					
“(…) vemos a campanha (...)”					
“(…) se virmos a campanha (...)”	Outdoor-muppies-roll-up-cartaz			Indicadores	
“(…) roll-up à entrada com o símbolo.”					
“(…) vemos a campanha (...)”					
“(…) se virmos a campanha (...)”	Tv-rádio-imprensa				

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	
FOCUS GRUPOS	“Eu também acho que é o hospital o local ideal para se dar sangue, mas não retiro a importância aos outros locais e claro, no próprio IPS. (...)”				Temas
	“A mim, a Cruz vermelha, é quem faz mais recolhas, é o que eu vejo”				
	“O IPS já cá esteve, e faz protocolos com outras instituições que depois fazem campanhas e prestam serviços (...)”				
	“(...) há sempre colheitas feitas na universidade, uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue (...)”				
	“Na nossa faculdade, a recolha é feita (...)”				
	“O meu marido dador de sangue é abordado na empresa e dá sangue nas unidades móveis.”			Locais de Colheita de Sangue	
	“Já dei sangue nos bombeiros.”				
	“O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue: higiene e é o local em que as pessoas mais naturalmente pensam para ir dar sangue.”				
	“O hospital é onde as pessoas mais dão sangue. É o sítio mais provável para se dar sangue.”				
	“O hospital das forças armadas tem condições excelentes.”				
“Sou dadora de sangue no Hospital da Estefânia.”					
“Estamos numa unidade de saúde pública, o que ainda é o melhor,					
“(...) no próprio IPS.”					
“O IPS já cá esteve, e faz protocolos com outras instituições que depois fazem campanhas e prestam serviços (...)”		IPST		Categorias	
“(...) dá sangue nas unidades móveis.”					
“(...) no próprio IPS.”	Centros-IPST			Indicadores	
“(...) dá sangue nas unidades móveis.”	Unidade-móvel				
“O IPS já cá esteve, e faz protocolos com outras instituições que depois fazem campanhas (...)”	Campanhas-recolha				
“(...) a Cruz vermelha, é quem faz mais recolhas (...)”			Cruz Vermelha Portuguesa	Categorias	
“(...) a Cruz vermelha, é quem faz mais recolhas (...)”		Cruz-Vermelha-recolha		Indicadores	

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
FOCUS GRUPOS	“(…) hospital o local ideal para se dar sangue (…)”		Hospitais	Categorias
	“O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue (…)”			
	“(…) local em que as pessoas mais naturalmente pensam (…)”			
	“O hospital é onde as pessoas mais dão sangue.”			
	“(…) sítio mais provável para se dar sangue.”			
	“O hospital das forças armadas (…)”			
	“Sou dadora de sangue no Hospital da Estefânia.”			
	“Estamos numa unidade de saúde pública (…)”			
	“(…) hospital o local ideal para se dar sangue (…)”		Hospitais-recolha	Indicadores
	“O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue (…)”			
	“(…) local em que as pessoas mais naturalmente pensam (…)”			
	“O hospital é onde as pessoas mais dão sangue.”			
	“(…) sítio mais provável para se dar (…)”			
	“O hospital das forças armadas (…)”		Hospital-Forças Armadas-recolha	
	“Sou dadora de sangue no Hospital da Estefânia.”		Estefânia-recolha	
	“Estamos numa unidade de saúde pública (…)”			
	“(…) não retiro a importância aos outros locais (…)”		Outros Locais	Categorias
	“(…) há sempre colheitas feitas na universidade, uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue (…)”			
“Na nossa faculdade, a recolha é feita (…)”				
“O meu marido dador de sangue é abordado na empresa (…)”				
“Já dei sangue nos bombeiros.”				
“(…) não retiro a importância aos outros locais (…)”		Universidades-empresas-bombeiros-recolha	Indicadores	
“(…) há sempre colheitas feitas na universidade (…)”				
“Na nossa faculdade (…)”				
“(…) dador de sangue é abordado na empresa (…)”				
“(…) dei sangue nos bombeiros.”				

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
FOCUS GRUPOS	“(…) dar sangue (…)”	Conhecimentos sobre Sangue		Temas
	“(…) colheita de sangue (…)”			
	“(…) para quem dá sangue (…)”			
	“Eu não tinha a mínima noção que os diferentes componentes tinham validade ativa e que era tão curta como o caso das plaquetas”			
	“O que importante transmitir é esta questão da durabilidade de sangue.”			
	“(…) acabo por não ter que esperar muito para dar sangue”			
	“Todos os que têm condições para isso e são elegíveis deveriam dar sangue (…)”			
	“Não posso dar sangue e não penso nesse assunto porque tive hepatite A na infância (…)”			
	“(…) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha (…)”			
	“(…) desaconselhou a dar sangue (…)”			
	“(…) quer vir dar sangue?”			
	“Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue”			
	“(…) dá sangue nas unidades móveis.”			
	“Já dei sangue nos bombeiros.”			
	“Quando me ligam para ir dar sangue (…)”			
	“Não, nunca ouvi falar disso”; “Não”			
	“(…) pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira (…)”			
“(…) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha (…)”				
“(…) porque tive hepatite A na infância (…)”	Auto-exclusão	Indicadores		
“(…) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses (…)”	Segurança-dádivas			

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
FOCUS GRUPOS	“(…) dar sangue (…)”		Métodos de Colheita	Categorias
	“(…) colheita de sangue (…)”			
	“(…) para quem dá sangue (…)”			
	“(…) dar sangue.”			
	“(…) são elegíveis deveriam dar sangue (…)”			
	“(…) não posso dar sangue (…)”			
	“(…) mas o meu marido dá sangue (…)”			
	“(…) dar sangue (…)”			
	“(…) quer vir dar sangue?”			
	“Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue (…)”			
	“(…) dá sangue nas unidades móveis.”			
	“Já dei sangue nos bombeiros.”			
	“Quando me ligam para ir dar sangue (…)”			
	“Não, nunca ouvi falar disso”; “Não”			
	“(…) para darem sangue (…)”			
	“Não (…)”			
	“(…) nunca ouvi falar.”	Aférese	Sangue-total	Indicadores
	“(…) Não (…)”			
	“(…) dar sangue (…)”			
	“(…) colheita de sangue (…)”			
	“(…) para quem dá sangue (…)”			
	“(…) dar sangue.”			
	“(…) deveriam dar sangue (…)”			
	“(…) não posso dar sangue (…)”			
	“(…) mas o meu marido dá sangue (…)”			
	“(…) dar sangue (…)”			
	“(…) quer vir dar sangue?”			
“(…) dar sangue (…)”				
“(…) dá sangue nas unidades móveis.”				
“(…) dei sangue nos bombeiros.”				
“(…) dar sangue (…)”				
“(…) para darem sangue (…)”				
“(…) diferentes componentes tinham validade ativa e que era tão curta como o caso das plaquetas.”		Unidade de Sangue	Categorias	
“(…) transmitir é esta questão da durabilidade de sangue.”				
“(…) pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira (…)”				
“A regularidade ganhar-se-ia se a validade dos componentes fosse conhecida (…)”				
“(…) diferentes componentes tinham validade ativa (…)”		Componentes-valoridade	Indicadores	
“(…) era tão curta como o caso das plaquetas”				
“(…) durabilidade de sangue.”				
“(…) pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira (…)”				
“(…) se a validade dos componentes fosse conhecida (…)”				
“(…) o que importa é o dador regular de sangue.”		Componentes-composição	Indicadores	
“(…) diferentes componentes (…)”				
“(…) plaquetas.”				

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	
FOCUS GRUPOS	<p>“Devia ser dada pessoalmente, palestras, sobretudo em escolas e universidades.”; “Reuniões como as que a Sra está aqui a fazer connosco.” “Devia haver só campanhas de divulgação e esclarecimento.”</p> <p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo, mas não chega ao maior leque de pessoas.”</p> <p>“Quando vemos a campanha relembra-nos, desperta-nos para uma nova consciência.”</p> <p>“Não pensamos sobre o assunto, mas se virmos a campanha talvez.”</p> <p>“Eu não tinha a mínima ideia de algumas coisas de que falamos aqui, hoje. Ir às escolas, faculdades, entidades patronais com responsabilidade social, era muito importante para se promoverem estas ações, ações de debate e reflexão como estas que tivemos aqui consigo.”</p> <p>“(…) dadores regulares, não devem ser muitos. Espontâneos sim, por piada.”</p> <p>“Eles tiveram cá há uma semana ou duas, atrás.”</p> <p>“Já cá estiveram de outras vezes. Até ficam lá em baixo, no piso -1”</p> <p>“Tinham um roll-up à entrada com o símbolo.”</p> <p>“O IPS já cá esteve, e faz protocolos com outras instituições que depois fazem campanhas e prestam serviços (…)”</p> <p>“Há sempre colheitas feitas na universidade, uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue, nós já sabemos isso.”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue”</p> <p>“Não penso sobre isso, só se vir a campanha.”</p> <p>“Acho que se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (…)”</p> <p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo (…)”</p> <p>“Eles tiveram cá há uma semana ou duas, atrás.”</p> <p>“Já cá estiveram de outras vezes. Até ficam lá em baixo, no piso -1”</p> <p>“Tinham um roll-up à entrada com o símbolo.”</p> <p>“O IPS já cá esteve, e faz protocolos com outras instituições que depois fazem campanhas e prestam serviços (…)”</p> <p>“(…) uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue (…)”</p> <p>“Eles tiveram cá há uma semana ou duas, atrás.”</p> <p>“Já cá estiveram de outras vezes.”</p> <p>“Até ficam lá em baixo, no piso -1”</p> <p>“Tinham um roll-up à entrada com o símbolo.”</p> <p>“(…) uma vez por semestre vem sempre uma instituição colher sangue (…)”</p> <p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo (…)”</p> <p>“O IPS já cá esteve (…)”</p>	<p>Envolvimento e Goodwill IPST,IP</p>			Temas
	<p>“Devia ser dada pessoalmente, palestras, sobretudo em escolas e universidades.”</p> <p>“Reuniões como as que a Sra está aqui a fazer connosco.”</p> <p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo, mas não chega ao maior leque de pessoas.”</p> <p>“Quando vemos a campanha relembra-nos, desperta-nos para uma nova consciência.”</p> <p>“Não pensamos sobre o assunto, mas se virmos a campanha talvez.”</p> <p>“Eu não tinha a mínima ideia de algumas coisas de que falamos aqui, hoje.”</p> <p>“Ir às escolas, faculdades, entidades patronais com responsabilidade social, era muito importante para se promoverem estas ações, ações de debate e reflexão como estas que tivemos aqui consigo.”</p> <p>“(…) dadores regulares, não devem ser muitos. Espontâneos sim, por piada.”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue”</p> <p>“Não penso sobre isso, só se vir a campanha.”</p> <p>“(…) se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (…)”</p>	<p>Marca IPST</p>	<p>Notoriedade-ausente</p> <p>Notoriedade- espontânea</p>	<p>Categorias</p> <p>Indicadores</p>	
	<p>“Devia ser dada pessoalmente, palestras, sobretudo em escolas e universidades.”</p> <p>“Reuniões como as que a Sra está aqui a fazer connosco.”</p> <p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo, mas não chega ao maior leque de pessoas.”</p> <p>“Quando vemos a campanha relembra-nos, desperta-nos para uma nova consciência.”</p> <p>“Não pensamos sobre o assunto, mas se virmos a campanha talvez.”</p> <p>“Eu não tinha a mínima ideia de algumas coisas de que falamos aqui, hoje.”</p> <p>“Ir às escolas, faculdades, entidades patronais com responsabilidade social, era muito importante para se promoverem estas ações, ações de debate e reflexão como estas que tivemos aqui consigo.”</p> <p>“(…) dadores regulares, não devem ser muitos. Espontâneos sim, por piada.”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue”</p> <p>“Não penso sobre isso, só se vir a campanha.”</p> <p>“(…) se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (…)”</p>	<p>Missão IPST,IP</p>		<p>Categorias</p>	

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES			
FOCUS GRUPOS	<p>“Devia ser dadas pessoalmente, palestras, sobretudo em escolas e universidades.”</p> <p>“Reuniões como as que a Sra está aqui a fazer connosco.”</p> <p>“Devia haver só campanhas de divulgação e esclarecimento.”</p> <p>“(…) não tinha a mínima ideia de algumas coisas de que falamos (…)”</p>	Baixo-Envolvimento	Imaginário Social	Temas			
	<p>“Ir às escolas, faculdades, entidades patronais com responsabilidade social, era muito importante para se promoverem estas ações, ações de debate e reflexão como estas que tivemos aqui consigo.”</p> <p>“(…) se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (…)”</p>						
	<p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo, mas não chega ao maior leque de pessoas.”</p> <p>“Quando vemos a campanha lembra-nos, desperta-nos para uma nova consciência.”</p> <p>“Não pensamos sobre o assunto, mas se vímos a campanha talvez.”</p> <p>“(…) dadores regulares, não devem ser muitos (…)”</p>	Indiferença-missão			Indicadores		
	<p>“Espontâneos sim (…)”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue”</p> <p>“Não penso sobre isso, só se vir a campanha.”</p>						
	<p>“(…) eu já dei uma vez, portanto já fiz o meu papel!”</p> <p>“Não sou dador de sangue, mas já quis ir dar. Mas acho que há muitos tabus acerca da dádiva de sangue. Tenho até uma tia-avó que me desaconselhou a dar sangue porque todas as pessoas que ela tinha conhecido e que davam sangue, morreram cedo.”</p> <p>“O sangue já está nos hospitais”</p> <p>“Pensava no sangue como penso no ouro que está no banco do estado. Era o sangue do estado, pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira, no tal banco de sangue.”</p> <p>“O sangue está garantido julgo que o sangue já está nos hospitais.”</p> <p>“(…) não preciso de dar mais sangue porque fica num banco que dura uma vida!”</p>	Crenças				Cate gorias	
	<p>“Tenho até uma tia-avó que me desaconselhou a dar sangue porque todas as pessoas que ela tinha conhecido e que davam sangue, morreram cedo.”</p>						
	<p>“(…) davam sangue, morreram cedo.”</p>	Crença-morte-prematura					Indi cad ores

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
FOCUS GRUPOS	<p>“O sangue está garantido julgo que o sangue já está nos hospitais.”</p> <p>“(…) eu já dei uma vez, portanto já fiz o meu papel!”</p> <p>“O sangue já está nos hospitais”</p> <p>“Pensava no sangue como penso no ouro que está no banco do estado.”</p> <p>“Era o sangue do Estado, pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira, no tal banco de sangue.”</p> <p>“(…) não preciso de dar mais sangue porque fica num banco que dura uma vida!”</p>		Mitos	Categorias
	<p>“O sangue está garantido (…)”</p> <p>“(…) julgo que o sangue já está nos hospitais”,</p> <p>“(…) eu já dei uma vez, portanto já fiz o meu papel!”</p> <p>“O sangue já está nos hospitais”</p> <p>“(…) que está no banco do Estado.”</p> <p>“Era o sangue do Estado (…)”</p> <p>“(…) pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira (…)”</p> <p>“(…) banco de sangue.”</p> <p>“(…) não preciso de dar mais sangue porque fica num banco que dura uma vida!”</p>	Mito-banco-sangue		Indicadores
	<p>“Pensava no sangue como penso no ouro (…)”</p>	Mito-sangue-ouro		
	<p>“Mas acho que há muitos tabus acerca da dádiva de sangue.”</p>	Tabus		Categorias
	<p>“(…) há muitos tabus acerca da dádiva de sangue.”</p>	Tabu-sangue		Indicadores
	<p>“(…) medo da dor das agulhas”</p> <p>“(…) aquele baque”</p> <p>“Sensação de que de certeza não me vou sentir bem e que posso desmaiar.”</p> <p>“Nervoso por dar sangue”</p> <p>“(…) desaconselhou a dar sangue porque todas as pessoas que ela tinha conhecido e que davam sangue, morreram cedo.”</p> <p>“Medo de desmaiar”</p> <p>“(…) aquela sensação de se ter uma coisa espetada no braço”</p> <p>“(…) medo das agulhas.”</p> <p>“Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue, com uma coisa espetada no braço.”</p>		Medos	Temas

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
FOCUS GRUPOS	“(…) medo da dor das agulhas” “(…) aquele baque” “(…) não me vou sentir bem e que posso desmaiar” “Nervoso por dar sangue” “(…) as pessoas que ela tinha conhecido e que davam sangue, morreram cedo.” “Medo de desmaiar” “(…) aquela sensação de se ter uma coisa espetada no braço” “(…) medo das agulhas.” “Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue, com uma coisa espetada no braço.”	Medos Específicos		Categorias
	“(…) medo da dor das agulhas” “(…) sensação de se ter uma coisa espetada no braço.” “(…) medo das agulhas.” “(…) dar sangue, com uma coisa espetada no braço.”	Medo-dor-agulhas	Indicadores	
	“(…) não me vou sentir bem (…)” “(…) posso desmaiar” “Medo de desmaiar” “(…) aquele baque” “Nervoso por dar sangue”	Medo-desmaio-má-disposição		
	“Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue (…)”	Medo-difuso		
	“(…) as pessoas que ela tinha conhecido e que davam sangue, morreram cedo.”	Medo-redução-anos-vida		
	“Deveria haver uma política de sensibilização das comunidades para darem sangue, tem havido, mas as pessoas deveriam ter esse dever porque ele promove o bem-estar social.” “A consciencialização individual é muito importante, talvez ainda mais do que a de massas.” “Todos se deveriam inscrever e serem dadores de sangue e de medula óssea porque contribuem para uma causa maior.” “Dar sangue é sinónimo de salvar vidas.”		Motivação Prosocial	Temas
	“A consciencialização individual é muito importante, talvez ainda mais do que a de massas.” “(…) todos se deveriam inscrever e serem dadores de sangue e de medula óssea porque contribuem para uma causa maior.” “Dar sangue é sinónimo de salvar vidas.”	Altruísmo		
	“A consciencialização individual é muito importante, talvez ainda mais do que a de massas.” “Todos se deveriam inscrever e serem dadores de sangue e de medula óssea (…)” “(…) contribuem para uma causa maior.” “Dar sangue é sinónimo de salvar vidas.”	Consciência-individual		Indicadores

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES	
FOCUS GRUPOS	“Deveria haver uma política de sensibilização das comunidades para darem sangue, tem havido, mas as pessoas deveriam ter esse dever porque ele promove o bem-estar social.”	Coletivismo Social		Cate gori as	Temas
	“Deveria haver uma política de sensibilização das comunidades para darem sangue (...)”	Bem-estar- sociedade		Indi cad ore s	
	“(...) porque ela promove o bem-estar social.”				
	“Eu nunca dei sangue, mas isso parte também do exemplo familiar. Na minha família nunca ninguém deu sangue, se ela me incentivasse, talvez eu desse.”	Perceção das Normas Sociais			
	“(...) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha e já incentivamos as nossas filhas.”				
	“(...) tenho até uma tia-avó que me desaconselhou a dar sangue (...)”				
	“Eu nunca dei sangue, mas isso parte também do exemplo familiar.”	Normas Descritivas		Ca teg ori as	
	“Na minha família nunca ninguém deu sangue, se ela me incentivasse, talvez eu desse.”				
	“Eu nunca dei sangue, mas isso parte também do exemplo familiar.”	Exemplo- família-amigos		Indica dores	
	Na minha família nunca ninguém deu sangue (...)”				
	“(...) se ela me incentivasse, talvez eu desse.”				
	“(...) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha e já incentivamos as nossas filhas.”	Normas Subjectivas		Cat ego rias	
	“(...) tenho até uma tia-avó que me desaconselhou a dar sangue (...)”				
	“(...) o meu marido dá sangue de 6 em 6 meses, na empresa onde trabalha e já incentivamos as nossas filhas.”	Pressão-família- amigos		Indi cad ore s	
	“(...) tenho até uma tia-avó que me desaconselhou a dar sangue (...)”				
“À partida, deveria ser instituído esse dever enquanto dever cívico, integrado na cidadania, instituído, tal como há outros, por ex., o dever de votar.”				Temas	
“(...) mas as pessoas deveriam ter esse dever (...)”					
“(...) todos devemos dar sangue.”					
“Todos se deveriam inscrever e serem dadores de sangue e de medula óssea porque contribuem para uma causa maior. Todos os que têm condições para isso e são elegíveis deveriam dar sangue, deveria ser um dever, uma obrigação.”	Valores Pessoais				
“À partida, deveria ser instituído esse dever enquanto dever cívico, integrado na cidadania, instituído, tal como há outros, por ex., o dever de votar.”					
“(...) mas as pessoas deveriam ter esse dever (...)”					
“(...) todos devemos dar sangue.”	Normas Morais Pessoais		Cate gorias		
“(...) todos devemos dar sangue.”					
“Todos se deveriam inscrever e serem dadores de sangue e de medula óssea porque contribuem para uma causa maior. Todos os que têm condições para isso e são elegíveis deveriam dar sangue, deveria ser um dever, uma obrigação.”					
“À partida, deveria ser instituído esse dever enquanto dever cívico, integrado na cidadania, instituído, tal como há outros, por ex., o dever de votar.”					
“(...) mas as pessoas deveriam ter esse dever (...)”					
“(...) todos devemos dar sangue.”	Dever-obrigação		Indica dores		
“(...) todos devemos dar sangue.”					
“Todos se deveriam inscrever e serem dadores de sangue e de medula óssea (...)”					
“Todos os que têm condições para isso e são elegíveis deveriam dar sangue (...)”					
“(...) deveria ser um dever (...)”					
“(...) uma obrigação.”					

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES		
FOCUS GRUPOS	<p>“Reservas de sangue estavam a ficar cada vez mais escassas e nesse sentido todos devemos dar sangue.”</p> <p>“Ouviu uma notícia dessas, há algum tempo. Depois nunca mais ouviu. Acho que agora está tudo bem.”</p> <p>“Se não fosse necessário, não existiriam tantas campanhas com deslocações às universidades, às empresas.”</p> <p>“Não pensamos sobre o assunto, mas se virmos a campanha talvez, mas eu sei que se precisar, tenho de certeza alguém que virá dar por mim.”</p> <p>“O sangue está garantido, julgo que o sangue já está nos hospitais”</p> <p>“Isso é o mais importante, isso muda a noção de que eu já dei uma vez, portanto já fiz o meu papel.”</p> <p>“Quando há apelo para pedido de medula é diferente, no sangue não se dá a cara da pessoa que precisa, porque todos os dias é preciso. É a população portuguesa toda que precisa.”</p> <p>“(…) infelizmente, dadores regulares, não devem ser muitos. Espontâneos sim, por piada.”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue (...)”</p> <p>“Quando me ligam para ir dar sangue eu digo logo para mim, olha, já deve haver falta de sangue!”</p> <p>“O sangue já está nos hospitais”</p> <p>“(…) pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira, no tal banco de sangue.”</p> <p>“Afinal, o que importa é o dador regular de sangue.”</p> <p>“Acho que se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue, porque se calhar as pessoas têm a noção de que o sangue é preciso mas não numa base diária, regular e tanto, todos os dias.”</p>				Temas	
				Perceção da Necessidade de Sangue		
		<p>“Reservas de sangue estavam a ficar cada vez mais escassas e nesse sentido todos devemos dar sangue.”</p> <p>“Ouvi uma notícia dessas, há algum tempo. Depois nunca mais ouvi (...)”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue (...)”</p> <p>“Quando me ligam para ir dar sangue eu digo logo para mim, olha, já deve haver falta de sangue!”</p>		Alertas Esporádicos		Categorias
		<p>“Reservas de sangue estavam a ficar cada vez mais escassas (...)”</p> <p>“Ouvi uma notícia dessas, há algum tempo Depois nunca mais ouvi (...)”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue (...)”</p> <p>“(…) me ligam para ir dar sangue (...)”</p> <p>“(…) já deve haver falta de sangue!”</p>	Falta-sangue			Indicadores
		<p>“(…) mas eu sei que se precisar, tenho de certeza alguém que virá dar por mim.”</p>		Fatalidade Família/Amigos		Categorias
		<p>“(…) alguém que virá dar por mim.”</p>	Família-amigos			Indicadores

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
FOCUS GRUPOS	“(…) todos devemos dar sangue.”			Categorias
	“Acho que agora está tudo bem.”			
	“Se não fosse necessário, não existiriam tantas campanhas com deslocações às universidades, às empresas.”			
	“Não pensamos sobre o assunto (…)”			
	“O sangue está garantido, julgo que o sangue já está nos hospitais”			
	“Isso é o mais importante, isso muda a noção de que eu já dei uma vez, portanto já fiz o meu papel.”			
	“(…) no sangue não se dá a cara da pessoa que precisa, porque todos os dias é preciso. É a população portuguesa toda que precisa.”	Necessidade Contínua de Sangue		
	“(…) infelizmente, dadores regulares, não devem ser muitos. Espontâneos sim, por piada.”			
	“O sangue já está nos hospitais”			
	“(…) pensava que o sangue estava lá e lá ficava, para a vida inteira, no tal banco de sangue.”			
	“Afinal, o que importa é o dador regular de sangue.”			
	“Acho que se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (…)”			
	“(…) as pessoas têm a noção de que o sangue é preciso mas não numa base diária, regular e tanto, todos os dias.”			
	“(…) todos devemos dar sangue.”			Indicadores
	“Se não fosse necessário, não existiriam tantas campanhas (…)”			
	“(…) isso muda a noção de que eu já dei uma vez, portanto já fiz o meu papel!”			
	“(…) todos os dias é preciso (…)”	Consciência-necessidade-contínua		
	“(…) população portuguesa toda que precisa.”			
	“(…) importa é o dador regular de sangue.”			
	“(…) se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (…)”			
“(…) as pessoas têm a noção de que o sangue é preciso (…)”				
“Acho que agora está tudo bem.”				
“Não pensamos sobre o assunto (…)”				
“O sangue está garantido (…)”				
“(…) julgo que o sangue já está nos hospitais.”				
“(…) dadores regulares, não devem ser muitos.”	Falta-consciência-necessidade-contínua			
“Espontâneos sim, por piada.”				
“O sangue já está nos hospitais”				
“(…) pensava que o sangue estava lá e lá ficava (…)”				
“(…) para a vida inteira (…)”				
“(…) no tal banco de sangue.”				
“(…) o sangue é preciso mas não numa base diária, regular e tanto, todos os dias.”				

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES			
FOCUS GRUPOS	<p>“Devia ser dada pessoalmente, palestras, sobretudo em escolas e universidades.”; “Reuniões como as que a Sra está aqui a fazer conosco.”; “Devia haver só campanhas de divulgação e esclarecimento.”</p> <p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo, mas não chega ao maior leque de pessoas.”</p> <p>“Ouvi uma notícia dessas, há algum tempo. Depois nunca mais ouvi. Acho que agora está tudo bem.”</p> <p>“O sangue está garantido, julgo que o sangue já está nos hospitais”</p> <p>“O que é importante transmitir é esta questão da durabilidade de sangue.”</p> <p>“Ir às escolas, faculdades, entidades patronais com responsabilidade social, era muito importante para se promoverem estas ações, ações de debate e reflexão (...)”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue, mas não sei se é assim.”</p> <p>“Acho que há muitas pessoas querem dar sangue mas têm pouca informação, sentem-se pouco esclarecidas.”</p> <p>“Não há falta de informação, ela não está é acessível.”</p> <p>“A informação que existe não é clara, não nos esclarece.”</p> <p>“(...) eu não tinha a mínima ideia de algumas coisas de que falamos aqui, hoje.”</p> <p>“Não sou dador de sangue, mas já quis ir dar (...)”</p> <p>“Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue (...)”</p> <p>“Há muita informação a circular mas ela não é esclarecedora.”</p> <p>“Acho que se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (...)”</p>				Temas		
			Perceção da Qualidade da Informação				
	<p>“Devia ser dada pessoalmente, palestras, sobretudo em escolas e universidades.”; “Reuniões como as que a Sra está aqui a fazer conosco.”; “Devia haver só campanhas de divulgação e esclarecimento.”</p> <p>“O Instituto Português do Sangue veio cá à faculdade há pouco tempo, mas não chega ao maior leque de pessoas.”</p> <p>“Ouvi uma notícia dessas, há algum tempo. Depois nunca mais ouvi. Acho que agora está tudo bem.”</p> <p>“O sangue está garantido, julgo que o sangue já está nos hospitais”</p> <p>“O que é importante transmitir é esta questão da durabilidade de sangue.”</p> <p>“Ir às escolas, faculdades, entidades patronais com responsabilidade social, era muito importante para se promoverem estas ações, ações de debate e reflexão (...)”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue, mas não sei se é assim.”</p> <p>“(...) querem dar sangue mas têm pouca informação, sentem-se pouco esclarecidas.”</p> <p>“Não há falta de informação, ela não está é acessível.”</p> <p>“A informação que existe não é clara, não nos esclarece.”</p> <p>“Não sou dador de sangue, mas já quis ir dar (...)”</p> <p>“Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue (...)”</p> <p>“(...) eu não tinha a mínima ideia de algumas coisas de que falamos aqui, hoje.”</p> <p>“Há muita informação a circular mas ela não é esclarecedora.”</p> <p>“Acho que se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (...)”</p>					Categorias	
			Qualidade da Informação				
	<p>“Ouvi uma notícia dessas, há algum tempo.”</p> <p>“Depois nunca mais ouvi.”</p> <p>“Acho que agora está tudo bem.”</p> <p>“O sangue está garantido (...)”</p> <p>“(...) julgo que o sangue já está nos hospitais.”</p> <p>“Ouvi qualquer coisa sobre dar sangue (...)”</p>						Indicadores
			Boatos				

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
<i>FOCUS GRUPOS</i>	“Devia ser dada pessoalmente, palestras, sobretudo em escolas e universidades (...)”	Informação- inacessível		<i>Indicadores</i>
	“Reuniões (...)”			
	“Devia haver só campanhas de divulgação e esclarecimento.”			
	“(…) mas não chega ao maior leque de pessoas.”			
	“(…) eu não tinha a mínima ideia de algumas coisas de que falamos aqui, hoje.”			
	“Ir às escolas, faculdades, entidades patronais com responsabilidade social, era muito importante para se promoverem estas ações, ações de debate e reflexão (...)”			
	“Não há falta de informação, ela não está é acessível.”			
	“Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue (...)”			
	“(…) se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (...)”			
	“(…) transmitir é esta questão da durabilidade de sangue.”			
	“(…) têm pouca informação (...)”	Informação- insuficiente-pouco- clara		
	“(…) sentem-se pouco esclarecidas.”			
	“A informação que existe não é clara, não nos esclarece.”			
	“Não sou dador de sangue, mas já quis ir dar (...)”			
	“Há muita informação a circular mas ela não é esclarecedora.”			
“(…) se as pessoas conhecessem os números, as informações que nos acabou de dar, haveria mais incentivo para darem sangue (...)”				

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES		
FOCUS GRUPOS	<p>“A abordagem do IPS para incentivar a dádiva de sangue na universidade não é positiva. A maneira como se apresentam é pouco convidativa.”</p> <p>“Apesar do cenário, tenho confiança na campanha de colheita de sangue, em si, mas não no local, que também considero pouco higiénico.”</p> <p>“(…) o local apesar de não ser hospitalar, confio nos profissionais, no médico.”</p> <p>“Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue, primeiramente, sem este impacto quase impositivo e sem o enquadramento do cenário da colheita.”</p> <p>“A primeira abordagem do IPS é: quer vir dar sangue? Obviamente que a resposta é não!”</p> <p>“As pessoas são quase coagidas ou intimidadas para a dádiva da parte do IPS”</p> <p>“Na nossa faculdade, a recolha é feita no piso -1, uma pessoa que desça as escadas e se depara com o cenário que o IPS monta é pouco convidativo.”</p> <p>“O local de passagem expõe as pessoas e não resguarda a intimidade do momento.”</p> <p>“O próprio local é feito num cantinho, pouco íntimo, se não fosse à vista de todos, sem exposição.”</p> <p>“Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue (…)”</p>		Perceção da Qualidade do Serviço (IPST)		Temas	
	<p>“Apesar do cenário (…)”</p> <p>“(…) não no local, que também considero pouco higiénico.”</p> <p>“(…) o local apesar de não ser hospitalar (…)”</p> <p>“(…) sem o enquadramento do cenário da colheita.”</p> <p>“Na nossa faculdade, a recolha é feita no piso -1, uma pessoa que desça as escadas e se depara com o cenário que o IPS monta é pouco convidativo.”</p> <p>“O local de passagem expõe as pessoas e não resguarda a intimidade do momento.”</p> <p>“O próprio local é feito num cantinho, pouco íntimo (…)”</p> <p>“Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue (…)”</p>	Espaços IPST		Categorias		
	<p>“Apesar do cenário (…)”</p> <p>“(…) o local apesar de não ser hospitalar (…)”</p> <p>“(…) sem o enquadramento do cenário da colheita.”</p> <p>“(…) se depara com o cenário que o IPS monta é pouco convidativo.”</p> <p>“O local de passagem expõe as pessoas e não resguarda a intimidade do momento.”</p> <p>“O próprio local é feito num cantinho, pouco íntimo (…)”</p> <p>“Pessoas numa maca, no corredor, a dar sangue (…)”</p>		Ambiente-Design			Indicadores
	<p>“(…) expõe as pessoas (…)”</p> <p>“(…) não resguarda a intimidade do momento.”</p> <p>“(…) pouco íntimo (…)”</p> <p>“(…) à vista de todos (…)”</p>		Falta-privacidade			
	<p>“(…) mas não no local, que também considero pouco higiénico.”</p> <p>“(…) o local apesar de não ser hospitalar (…)”</p>		Fraca-higienização			

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
FOCUS GRUPOS	“A abordagem do IPS para incentivar à dádiva de sangue na universidade não é positiva.”	Processo IPST		Categorias
	“A maneira como se apresentam é pouco convidativa.”			
	Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue, primeiramente, sem este impacto quase impositivo (...)”			
	“A primeira abordagem do IPS é: quer vir dar sangue?”			
	“As pessoas são quase coagidas ou intimidadas para a dádiva da parte do IPS”			
	“A abordagem do IPS para incentivar à dádiva de sangue na universidade não é positiva.”	Imposição-recolha		Indicadores
	“A maneira como se apresentam é pouco convidativa.”			
	“Talvez se nos explicassem quão importante é dar sangue, primeiramente, sem este impacto quase impositivo (...)”			
	“(…) quer vir dar sangue?”			
	“(…) coagidas ou intimidadas para a dádiva da parte do IPS”			
	“A abordagem do IPS para incentivar à dádiva de sangue na universidade não é positiva.”	Profissionais IPST		Categorias
	“A maneira como se apresentam é pouco convidativa.”			
“(…) tenho confiança na campanha de colheita de sangue, em si (...)”				
“(…) confio nos profissionais, no médico.”				
“(…) quer vir dar sangue?”				
“As pessoas são quase coagidas ou intimidadas para a dádiva da parte do IPS”	Confiança			
“(…) tenho confiança na campanha de colheita de sangue, em si (...)”				
“(…) confio nos profissionais, no médico.”	Frieza-impessoalidade		Indicadores	
“A abordagem do IPS para incentivar à dádiva de sangue na universidade não é positiva.”				
“A maneira como se apresentam é pouco convidativa.”				
“A primeira abordagem do IPS é: quer vir dar sangue?”				
“(…) quase coagidas ou intimidadas para a dádiva da parte do IPS”				

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES					
FOCUS GRUPOS	“Eu também acho que é o hospital o local ideal para se dar sangue (...)”	Perceção da Qualidade do Serviço dos Hospitais			Temas				
	“Higiene, segurança para quem dá sangue, se acontecer alguma coisa, já estamos no hospital.”								
	“O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue: higiene e é o local em que as pessoas mais naturalmente pensam para ir dar sangue.”								
	“O hospital das forças armadas tem condições excelentes.”								
	“(…) as pessoas lá acolhem-me da melhor maneira, os médicos e o enfermeiro são dedicados (…). Já se estabeleceu uma relação, a médica reconhece-me e olha para mim e diz, mas não esteve cá há tão pouco tempo? Vamos lá ver se pode dar sangue hoje (…).”								
	“(…) no HDE dou conta que não há muitas pessoas e acabo por não ter que esperar muito para dar sangue.”								
	“Eu também acho que é o hospital o local ideal para se dar sangue (...)”					Espaços Hospitalais			Categorias
	“Higiene, segurança para quem dá sangue, se acontecer alguma coisa, já estamos no hospital.”								
	“O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue: higiene (...)”								
	“O hospital das forças armadas tem condições excelentes.”								
	“(…) hospital o local ideal para se dar sangue (...)”	Privacidade			Indicadores				
	“(…) forças armadas tem condições excelentes.”								
	“(…) hospital o local ideal para se dar sangue (...)”	Higienização			Indicadores				
	“Higiene (...)”								
	“(…) higiene (...)”								
	“(…) forças armadas tem condições excelentes.”	Processo Hospitalais			Categorias				
	“(…) as pessoas lá acolhem-me da melhor maneira, os médicos e o enfermeiro são dedicados (...)”								
	“(…) Já se estabeleceu uma relação. A médica reconhece-me e olha para mim (...)”								
	“(…) no HDE dou conta que não há muitas pessoas e acabo por não ter que esperar muito para dar sangue.”	Personalizado			Indicadores				
	“(…) pessoas lá acolhem-me da melhor maneira (...)”								
“(…) os médicos e o enfermeiro são dedicados (...)”									
“(…) Já se estabeleceu uma relação.”									
“A médica reconhece-me e olha para mim (...)”	Rapidez			Indicadores					
“(…) no HDE dou conta que não há muitas pessoas e acabo por não ter que esperar muito para dar sangue.”									
“Eu também acho que é o hospital o local ideal para se dar sangue (...)”	Profissionais Hospitalais			Categorias					
“Higiene, segurança para quem dá sangue, se acontecer alguma coisa, já estamos no hospital.”									
“O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue (...)”									
“O hospital das forças armadas tem condições excelentes.”									
“(…) as pessoas lá acolhem-me da melhor maneira, os médicos e o enfermeiro são dedicados (...)”									
“(…) Já se estabeleceu uma relação. A médica reconhece-me e olha para mim e diz, mas não esteve cá há tão pouco tempo? Vamos lá ver se pode dar sangue hoje (...)”									

GRUPO	UNIDADES DE REGISTO	INDICADORES	CATEGORIAS	DIMENSÕES
FOCUS GRUPOS	“(…) hospital o local ideal para se dar sangue (…)”	Confiança- segurança		Indicadores
	“(…) segurança (…)”			
	“(…) se acontecer alguma coisa, já estamos no hospital.”			
	“O hospital é o sítio de excelência para se dar sangue (…)”			
	“(…) forças armadas tem condições excelentes.”			
	“A médica reconhece-me e olha para mim (…)”	Empatia		
	“(…) mas não esteve cá há tão pouco tempo? Vamos lá ver se pode dar sangue hoje.”			
	“(…) pessoas lá acolhem-me da melhor maneira (…)”			
	“(…) os médicos e o enfermeiro são dedicados (…)”			
	“(…) Já se estabeleceu uma relação.”			
“A médica reconhece-me e olha para mim (…)”				

ANEXO 12

Tabela Anexos 10 - Frequências Absolutas da Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação Institucional

Incentivos à Dádiva de Sangue - IPST		
Benefícios Percebidos Dádiva Sangue	Freq. Absolutas	Total
Check-saúde	1	1

Tabela Anexos 11 - Frequências Absolutas Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação em Parcerias

Incentivos à Dádiva de Sangue - Parcerias		
Benefícios Percebidos Dádiva Sangue	Freq. Absolutas	Total
Conhecimentos-saúde	5	
Benefício-saúde	4	
Check-saúde	2	11

Tabela Anexos 12 - Matriz: Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação Institucional

Incentivos à Dádiva de Sangue - IPST	
Benefícios Percebidos Dádiva Sangue	
	Check-saúde
2013-Campanha IPST	0
2012-Campanha IPST	0
SMSs-IPST	0
Folheto-IPST	1

Tabela Anexos 13 – Matriz Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação em Parcerias

Incentivos à Dádiva de Sangue - Parcerias			
	Benefícios Percebidos Dádiva Sangue		
	Conhecimentos-saúde	Check-saúde	Benefício-saúde
Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue	0	0	0
Folheto DANACOL	5	2	2
Cartaz DANACOL	0	0	2
Cartaz A+	0	0	0

Check-saúde

Figura Anexos 11 - Mapa de Relevância Temática Dimensão “Incentivos à Dádiva de Sangue”: Comunicação Institucional

Tabela Anexos 14 - Frequências Absolutas Dimensão “Pró-Social”: Comunicação Institucional

Motivação Pró-Social - IPST			
Altruísmo	Freq. Absolutas	Total	
Consciência-individual	8	8	
Colectivismo Social			
Bem-estar-sociedade	2	2	10

Tabela Anexos 15 - Frequências Absolutas Dimensão “Pró-Social”: Comunicação em Parcerias

Motivação Pró-Social - Parcerias			
Altruísmo	Freq. Absolutas	Total	
Consciência-individual	3	3	
Colectivismo Social			
Bem-estar-sociedade	2	2	5

Tabela Anexos 16 - Matriz da Dimensão Dimensão “Pró-Social”: Comunicação Institucional

Motivação Pró-Social - IPST		
	Altruísmo	Colectivismo Social
	Consciência-individual	Bem-estar-sociedade
2013-Campanha IPST	2	6
2012-Campanha IPST	0	2
SMSs- IPST	0	0
Folheto- IPST	0	0

Tabela Anexos 17 - Matriz da Dimensão Dimensão “Pró-Social”: Comunicação em Parcerias

Motivação Pró-Social - Parcerias		
	Altruísmo	Colectivismo Social
	Consciência-individual	Bem-estar-sociedade
Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue	0	0
Folheto DANACOL	1	1
Cartaz DANACOL	1	1
Cartaz A+	1	0



Figura Anexos 12 - Mapa de Relevância Temática Dimensão “Pró-Social”: Comunicação Institucional



Figura Anexos 13 - Mapa de Relevância Temática Dimensão “Pró-Social”: Comunicação **Parcerias**

Tabela Anexos 18 - Frequências Absolutas Dimensão “Valores Pessoais”: Comunicação Institucional

Valores Pessoais - IPST		
Normas Morais Pessoais	Freq. Absolutas	Total
Dever-obrigação	2	2

Tabela Anexos 19 - Matriz da Dimensão “Valores Pessoais”: Comunicação Institucional

Valores Pessoais - IPST	
Normas Morais Pessoais	
	Dever-obrigação
2013-Campanha IPST	0
2012-Campanha IPST	0
SMSs- IPST	0
Folheto- IPST	2

Tabela Anexos 20 - Frequências Absolutas Dimensão “Normas Sociais”: Comunicação Institucional

Percepção Normas Sociais - IPST		
Normas Descritivas	Freq. Absolutas	Total
Exemplo-grupos-referência	2	2

Tabela Anexos 21 - Matriz da Dimensão “Normas Sociais”: Comunicação Institucional

Percepção Normas Sociais - IPST	
Normas Descritivas	
	Exemplo-grupos-referência
2013-Campanha IPST	0
2012-Campanha IPST	2
SMSs- IPST	0
Folheto- IPST	0

Tabela Anexos 22 - Frequências Absolutas “Mensagens Promocionais”: Comunicação Institucional

Mensagens Promocionais - IPST			
Comunicação Cognitivo-Racional	Freq. Absolutas	Total	
Informação-factos	25		
Coping-medos	9	34	
Comunicação Afectivo-Relacional			
Emoção-desejo-convicção	8	8	
Comunicação Conativo-motivacional			
Experiência-motivação	1	1	43

Tabela Anexos 23 - Frequências Absolutas “Mensagens Promocionais”: Comunicação Parcerias

Mensagens Promocionais - Parcerias			
Comunicação Cognitivo-Racional	Freq. Absolutas	Total	
Informação-factos	21		
Coping-medos	13		
Informação-factos-temporários	6	40	
Comunicação Afectivo-Relacional			
Emoção-desejo-convicção	8	8	
Comunicação Conativo-motivacional			
Experiência-motivação	5	5	53

Tabela Anexos 24 - Matriz da Dimensão “Mensagens Promocionais”: Comunicação Institucional

Mensagens Promocionais - IPST					
	Comunicação Conativo-motivacional	Comunicação Afectivo-Relacional	Comunicação Cognitivo-Racional		
	Experiência-motivação	Emoção-desejo-convicção	Informação-factos-temporários	Coping-medos	Informação-factos
2013-Campanha IPST	0	4	0	0	0
2012-Campanha IPST	0	4	0	0	0
SMSs- IPST	0	0	0	0	6
Folheto- IPST	1	0	0	9	19

Tabela Anexos 25 - Matriz da Dimensão “Mensagens Promocionais”: Parcerias

Mensagens Promocionais - Parceiros					
	Comunicação Conativo-motivacional	Comunicação Afectivo-Relacional	Comunicação Cognitivo-Racional		
	Experiência-motivação	Emoção-desejo-convicção	Informação-factos-temporários	Coping-medos	Informação-factos
Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue	0	2	6	9	17
Folheto DANACOL	2	2	0	4	2
Cartaz DANACOL	2	2	0	0	1
Cartaz A+	1	2	0	0	1



Figura Anexos 14 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Mensagens Promocionais”: Comunicação Institucional

Tabela Anexos 26 - Frequências Absolutas da Dimensão “Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Institucional

Acessibilidade aos Locais de Colheita Sangue - IPST			
IPST,IP	Freq. Absolutas	Total	
Centros-IPST,IP	5		
Atendimento-contactos	4		
Atendimento-horários	4	13	
Hospitais			
Hospitais-recolha	1	1	
Outros Locais			
Campanhas-recolha	2	2	16

Tabela Anexos 27 - Frequências Absolutas da Dimensão “Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Parcerias

Acessibilidade aos Locais de Colheita Sangue - Parcerias			
IPST,IP	Freq. Absolutas	Total	
Centros-IPST,IP	4		
Atendimento-contactos	2		
Atendimento-horários	1	7	
Outros Locais			
Campanhas-recolha	2	2	9

Tabela Anexos 28 - Matriz da Dimensão “Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue”: Comunicação Institucional

Acessibilidade aos Locais de Colheita Sangue - IPST					
	IPST,IP			Hospitais	Outros Locais
	Atendimento-contactos	Atendimento-horários	Centros-IPST,IP	Hospitais-recolha	Campanhas-recolha
2013-Campanha IPST	0	0	0	0	0
2012-Campanha IPST	0	0	0	0	0
SMSs- IPST	0	0	1	1	2
Folheto- IPST	4	4	4	0	0

Tabela Anexos 29 - Matriz da Dimensão “Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue”: Comunicação das Parcerias

Acessibilidade aos Locais de Colheita Sangue - Parcerias					
	IPST,IP			Hospitais	Outros Locais
	Atendimento-contactos	Atendimento-horários	Centros-IPST,IP	Hospitais-recolha	Campanhas-recolha
Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue	0	0	0	0	0
Folheto DANACOL	0	0	0	0	0
Cartaz DANACOL	2	1	4	0	0
Cartaz A+	0	0	0	0	2

Tabela Anexos 30 - Frequências Absolutas da Dimensão “Envolvimento e Goodwill IPST”: Comunicação das Parcerias

Envolvimento e Goodwill IPST - Parceiros		
Missão IPST	Freq. Absolutas	Total
Envolvimento	6	
Relevância-missão	2	8

Tabela Anexos 31 - Matriz da Dimensão “Envolvimento e Goodwill IPST”: Comunicação das Parcerias

Envolvimento e Goodwill IPST - Parcerias		
	Missão IPST	
	Envolvimento	Relevância-missão
Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue	2	2
Folheto DANACOL	2	0
Cartaz DANACOL	2	0
Cartaz A+	0	0



Figura Anexos 15 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Envolvimento e Goodwill IPST”: Comunicação Parcerias

Tabela Anexos 32 - Frequências Absolutas da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Institucional

Conhecimentos sobre Sangue - IPST			
Colheita de Sangue	Freq. Absolutas	Total	
Segurança-pré-dádiva	8		
Processo-dádiva	8		
Segurança-pós-dádiva	4	20	
Dador de Sangue			
Elegibilidade	8	8	
Dádiva de Sangue			
Compatibilidade	2		
Unidade-sangue	1	3	31

Tabela Anexos 33 - Frequências Absolutas da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Parcerias

Conhecimentos sobre Sangue - Parcerias			
Colheita de Sangue	Freq. Absolutas	Total	
Segurança-pós-dádiva	6		
Segurança-pré-dádiva	3	9	
Dador de Sangue			
Elegibilidade	5		
Inibição-temporária	4	9	
Dádiva de Sangue			
Terapêutica-sangue	2	2	20

Tabela Anexos 34 - Matriz da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação Institucional

Conhecimentos Sobre Sangue - IPST								
	Colheita de Sangue				Dádiva de Sangue		Dador Sangue	
	Processo-dádiva	Segurança-pós-dádiva	Segurança-pré-dádiva	Terapêutica-sangue	Compatibilidade	Unidade-sangue	Inibição-temporária	Elegibilidade
2013-Campanha IPST	0	0	0	0	0	0	0	0
2012-Campanha IPST	0	0	0	0	0	0	0	0
SMSs- IPST	0	0	0	0	0	0	0	0
Folheto- IPST	8	4	8	0	2	1	0	8

Tabela Anexos 35 - Matriz da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: Comunicação das Parcerias

Conhecimentos Sobre Sangue - Parcerias								
	Colheita de Sangue			Dádiva de Sangue			Dador Sangue	
	Processo-dádiva	Segurança-pós-dádiva	Segurança-pré-dádiva	Terapêutica-sangue	Compatibilidade	Unidade-sangue	Inibição-temporária	Elegibilidade
Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue	0	6	3	2	0	0	4	5
Folheto DANACOL	0	0	0	0	0	0	0	0
Cartaz DANACOL	0	0	0	0	0	0	0	0
Cartaz A+	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela Anexos 36 - Frequências Absolutas da Dimensão “Divulgação da Necessidade Contínua de Dádiva de Sangue”: Comunicação Parcerias

Divulgação da Necessidade Contínua de Dádiva de Sangue - Parceiros		
Necessidade Contínua Sangue	Freq. Absoluta	Total
Comunicação-necessidade-sangue	6	6

Tabela Anexos 37 - Matriz da Dimensão “Divulgação da Necessidade Contínua de Dádiva de Sangue”: Comunicação Parcerias

Divulgação Necessidade Contínua Dádiva Sangue - Parceiros	
	Necessidade Contínua Sangue
	Comunicação-necessidade-sangue
Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue	3
Folheto DANACOL	1
Cartaz DANACOL	1
Cartaz A+	1

Tabela Anexos 38 - Frequências Absolutas da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Institucional

Comunicação e Marketing - IPST			
Marketing Directo	Freq. Absolutas	Total	
E-mail-sms-redes-sociais	2		
RP-face-a-face	1		
Folhetos	1	4	
Publicidade			
Outdoor-muppies-roll-up-cartaz	2	2	
Parcerias			
Parceria-immochan	2		
Parceria-time-out	2		
Parceria-danacol	1	5	11

Tabela Anexos 39 - Frequências Absolutas da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Parcerias

Comunicação e Marketing - Parcerias			
Marketing Directo	Freq. Absolutas	Total	
RP-face-a-face	3		
E-mail-sms-redes-sociais	3		
Folhetos	1	5	
Publicidade			
Outdoor-muppies-roll-up-cartaz	2		
Tv-rádio-imprensa	2	4	
Parcerias			
Parceria-immochan	2		
Parceria-danacol	1		
Parceria-time-out	1	4	13

Tabela Anexos 40 - Matriz da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Institucional

Comunicação e Marketing - IPST								
	Marketing Directo			Publicidade		Parcerias		
	Folhetos	RP-face-a-face	E-mail-sms-redes-sociais	Tv-rádio-imprensa	Outdoor-muppies-roll-up-cartaz	Parceria-time-out	Parceria-immochan	Parceria-danacol
2013-Campanha IPST	0	0	0	0	1	0	0	0
2012-Campanha IPST	0	0	0	0	1	1	0	0
SMSs- IPST	0	0	2	0	0	1	1	1
Folheto- IPST	1	1	0	0	0	0	1	0

Tabela Anexos 41 - Matriz da Dimensão “Comunicação e Marketing”: Comunicação Parcerias

Comunicação e Marketing - Parceiros								
	Marketing Directo		Publicidade			Parcerias		
	Folhetos	RP-face-a-face	E-mail-sms-redes-sociais	Tv-rádio-imprensa	Outdoor-muppies-roll-up-cartaz	Parceria-time-out	Parceria-immochan	Parceria-danacol
Mitos e Dúvidas da Dádiva de Sangue	0	1	1	1	0	1	1	0
Folheto DANACOL	1	1	1	0	0	0	0	1
Cartaz DANACOL	0	0	0	0	1	0	0	0
Cartaz A+	0	1	1	1	1	0	1	0

ANEXO 13

Tabela Anexos 42 - Análise das respostas da amostra de estudantes ao inquérito sobre conhecimento e comportamento face à dádiva de sangue

Análise das respostas da amostra de estudantes ao inquérito sobre conhecimento e comportamento face à dádiva de sangue

Do conjunto de logótipos relativos a organizações de saúde apresentadas ao longo de um círculo distribuídos de forma aleatória, qual a organização de saúde que os estudantes mais (re)conhecem



Figura Anexos 16 – Logotipo da organização de saúde que os estudantes mais (re)conhecem

Do conjunto de logótipos relativos a organizações de saúde apresentadas ao longo de um círculo distribuídos de forma aleatória qual a organização de saúde que em 2º lugar os estudantes mais (re)conhecem



Figura Anexos 17 - Logotipo da organização de saúde que em 2º lugar os estudantes mais (re)conhecem

Do conjunto de logótipos relativos a organizações de saúde apresentadas ao longo de um círculo distribuídos de forma aleatória, qual a organização de saúde que em 3º lugar os estudantes mais (re)conhecem

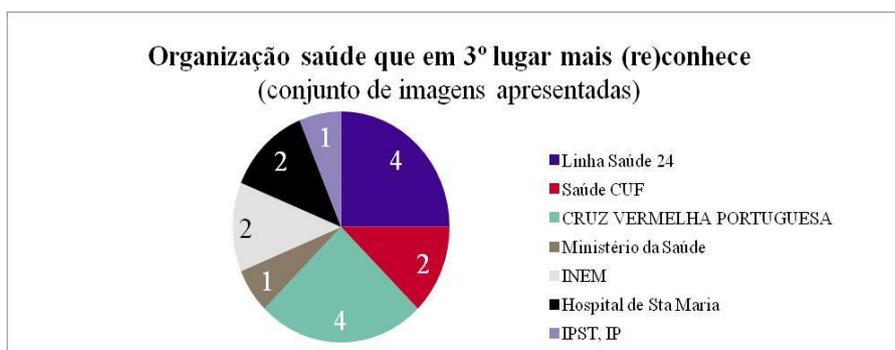


Figura Anexos 18 - Logotipo da organização de saúde que em 3º lugar os estudantes mais (re)conhecem

Do conjunto de logótipos relativos a organizações de saúde apresentadas ao longo de um círculo distribuídos de forma aleatória qual a organização de saúde que os estudantes menos (re)conhecem ou desconhecem totalmente.



Figura Anexos 19 - Logotipo da organização de saúde que os estudantes menos (re)conhecem/desconhecem, totalmente

6) Conhece ou já alguma vez contactou com campanhas de publicidade sobre o tema da dádiva de sangue?



Figura Anexos 20 – Contacto com campanhas de dádiva de sangue, pelos estudantes

7) Descrever o que se recorda das campanhas (conhece/contactou)

“Sangue”; “vida”

8) Espaço considerado em primeiro lugar e de modo espontâneo pelos estudantes universitários, numa situação hipotética de dádiva potencial de sangue

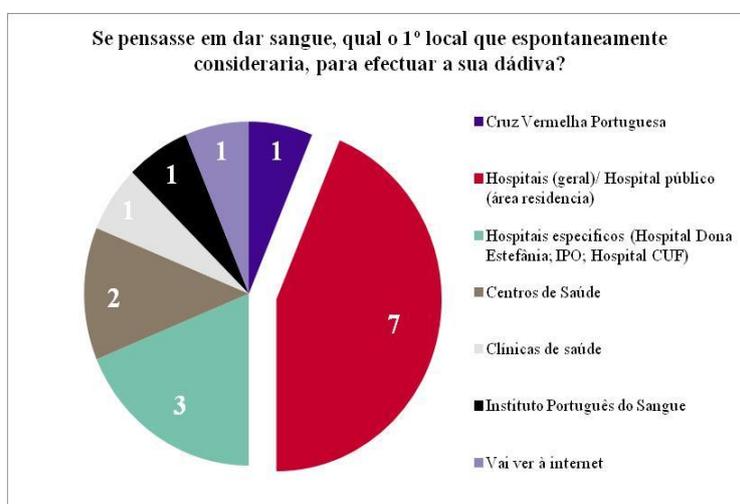


Figura Anexos 21 – Local cimeiro e espontaneamente considerado pelos estudantes para darem sangue

9) Número de estudantes universitários que já deram sangue, pelo menos uma vez na vida



Figura Anexos 22 – Estudantes que já deram sangue, pelo menos uma vez na vida

10) Local onde os estudantes se dirigiram a fim de efetivarem a sua dádiva de sangue.

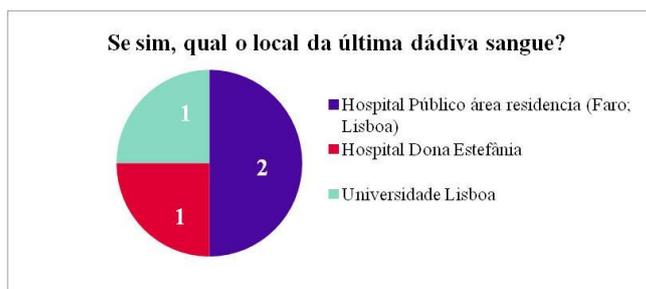


Figura Anexos 23 – Local da última dádiva de sangue, pelos estudantes

ANEXO 14

Tabela Anexos 43 - Frequências Absolutas da Dimensão “Medos”

Medos		
Medos Específicos	Freq. Absolutas	Total
Medo-dor-agulhas	4	
Medo-desmaio-má-disposição	3	
Medo-difuso	3	
Medo-redução-anos-vida	1	11

Tabela Anexos 44 - Matriz da Dimensão Medos: Focus Grupos

Medos				
	Medos Específicos			
	Medo-redução-anos-vida	Medo-difuso	Medo-desmaio-má-disposição	Medo-dor-agulhas
Grupo 2	0	2	2	1
Grupo 1	1	1	1	3

Tabela Anexos 45 - Frequências Absolutas da Dimensão “Imaginário Social”

Imaginário Social		
Mitos	Freq. Absolutas	Total
Mito-banco-sangue	9	
Mito-sangue-ouro	1	10
Crenças		
Crença-morte-prematura	1	1
Tabus		
Tabu-sangue	1	1
		12

Tabela Anexos 46 - Matriz da Dimensão “Imaginário Social”: Focus Grupos

Imaginário Social				
	Mitos		Tabus	Crenças
	Mito-sangue-ouro	Mito-banco-sangue	Tabu-sangue	Crença-morte-prematura
Grupo 2	0	1	0	0
Grupo 1	1	1	1	1

Tabela Anexos 47 - Frequências Absolutas da Dimensão “Locais Colheita Sangue”

Locais Colheita Sangue		
Hospitais	Freq. Absolutas	Total
Hospitais-recolha	5	
Estefânia-recolha	2	
Forças-Armadas-recolha	1	8
Outros locais		
Universidades-Empresas-Bombeiros-recolha	5	5
IPST		
IPST-Campanhas-recolha	1	
IPST-Centros	1	
IPST-Unidade-móvel	1	3
Cruz Vermelha Portuguesa		
Cruz-Vermelha-recolha	1	1
		17

Tabela Anexos 48 - Matriz da Dimensão “Locais Colheita Sangue”: *Focus Grupos*

Locais Colheita Sangue								
	Hospitais		IPST			Cruz Vermelha	Outros locais	
	Estefânia-recolha	Forças-Armadas-recolha	Hospitais-recolha	IPST-Campanhas-recolha	IPST-Unidade-móvel	IPST-Centros	Cruz-Vermelha-recolha	Universidades-Empresas-Bombeiros-recolha
Grupo 2	0	0	1	1	0	1	1	2
Grupo 1	2	1	4	0	1	0	0	3

Tabela Anexos 49 - Frequências Absolutas da Dimensão “Percepção Qualidade do Serviço: IPST”

Percepção Qualidade Serviço IPST			
Espaços IPST	Freq. Absolutas	Total	
Falta-ambiente-design	7		
Falta-privacidade	4		
Fraca-higienização	2	13	
Profissionais IPST			
Confiança	2		
Frieza-impessoalidade	4	6	
Processo IPST			
Imposição-recolha	5	5	24

Tabela Anexos 50 - Matriz da Dimensão “Percepção Qualidade do Serviço: IPST”: *Focus Grupos*

Percepção da Qualidade do Serviço IPST						
	Profissionais IPST		Espaços IPST			Processo IPST
	Confiança	Frieza-impessoalidade	Falta-ambiente-design	Fraca-higienização	Falta-privacidade	Imposição-recolha
Grupo 2	2	2	2	2	0	2
Grupo 1	0	2	5	0	4	3

Tabela Anexos 51 - Frequências Absolutas da Dimensão “Percepção Qualidade do Serviço: Hospitais”

Percepção Qualidade Serviço Hospitais			
Profissionais Hospitais	Freq. Absolutas	Total	
Confiança-segurança	7		
Empatia	4	11	
Espaços Hospitais			
Higienização	4		
Privacidade	2	6	
Processo Hospitais			
Personalizado	4		
Rapidez	1	5	22

Tabela Anexos 52 - Matriz da Dimensão “Percepção Qualidade do Serviço: Hospitais”: *Focus Grupos*

	Percepção Qualidade Serviço Hospitais					
	Profissionais Hospitais		Espaços Hospitais		Processo Hospitais	
	Confiança-segurança	Empatia	Higienização	Privacidade	Personalizado	Rapidez
Grupo 2	3	0	2	1	0	0
Grupo 1	4	4	2	1	4	1

Tabela Anexos 53 - Frequências Absolutas da Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST”

Envolvimento e Goodwill IPST			
Missão IPST	Freq. Absolutas	Total	
Indiferença-missão	8		
Baixo-envolvimento	6	14	
Marca IPST			
Notoriedade-ausente	5		
Notoriedade-espontânea	2	7	21

Tabela Anexos 54 - Matriz da Dimensão “Envolvimento e Goodwill: IPST”: *Focus Grupos*

Envolvimento e Goodwill IPST				
	Missão IPST		Marca IPST	
	Baixo-envolvimento	Indiferença-missão	Notoriedade-ausente	Notoriedade-espontânea
Grupo 2	5	5	5	2
Grupo 1	1	2	0	0

Tabela Anexos 55 - Frequências Absolutas da Dimensão “Percepção da Qualidade de Informação”

Percepção Qualidade Informação		
Qualidade Informação	Freq. Absolutas	Total
Informação-inacessível	9	
Insuficiente-pouco-clara	7	
Boatos	6	22

Tabela Anexos 56 - Matriz da Dimensão “Percepção da Qualidade de Informação”: *Focus Grupos*

Percepção Qualidade Informação			
Qualidade Informação			
	Informação-inacessível	Boatos	Insuficiente-pouco-clara
	Grupo 2	6	5
Grupo 1	3	1	6

Tabela Anexos 57 - Frequências Absolutas da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”

Conhecimentos sobre Sangue			
Métodos de Colheita	Freq. Absolutas	Total	
Sangue-total	15		
Desconhecimento-aférese	3	18	
Unidades de Sangue			
Desconhecimento-validade-componentes	6		
Desconhecimento-composição-componentes	2	8	
Dador de Sangue			
Auto-exclusão	1		
Segurança-dádiva	1	2	28

Tabela Anexos 58 - Matriz da Dimensão “Conhecimentos sobre Sangue”: *Focus Grupos*

Conhecimentos sobre Sangue						
	Dador de Sangue		Unidades de Sangue	Métodos de Colheita		
	Auto-exclusão	Segurança-dádiva	Desconhecimento-composição-componentes	Desconhecimento-validade-componentes	Desconhecimento-aférese	Sangue-total
Grupo 2	0	0	2	3	0	4
Grupo 1	1	1	0	3	3	11

Tabela Anexos 59 - Frequências Absolutas da Dimensão “Percepção das Necessidades de Sangue”

Percepção Necessidade Sangue			
Necessidade Contínua Sangue	Freq. Absoluta	Total	
Falta-consciência-necessidade-contínua	11		
Consciência-necessidade-contínua	8	19	
Alertas Esporádicos			
Falta-sangue	5	5	
Fatalidade Família-Amigos			
Família-amigos	1	1	25

Tabela Anexos 60 - Matriz da Dimensão “Percepção das Necessidades de Sangue”: *Focus Grupos*

Percepção Necessidade Sangue				
	Necessidade Contínua Sangue		Alertas Esporádicos	Fatalidade Família/Amigos
	Consciência-necessidade-contínua	Falta-consciência-necessidade-contínua	Falta-sangue	Família-amigos
Grupo 2	5	6	2	1
Grupo 1	3	5	3	0

Tabela Anexos 61 – Frequências Absolutas da Dimensão “Motivação Pró-social”

Motivação Pró-social			
Altruísmo	Freq. Absolutas		Total
Consciência-individual	4	4	
Colectivismo Social			
Bem-estar-sociedade	2	2	6

Tabela Anexos 62 - Matriz da Dimensão “Motivação Pró-social” para os dois *Focus* Grupos

Motivação Pró-social		
	Altruísmo	Colectivismo Social
	Consciência-individual	Bem-estar-sociedade
Grupo 2	1	2
Grupo 1	3	0



Figura Anexos 24 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Motivação Pró-social”

Tabela Anexos 63 - Frequências Absolutas da Dimensão “Valores Pessoais”

Valores Pessoais		
Normas Morais Pessoais	Freq. Absolutas	Total
Dever-obrigação	7	7

Tabela Anexos 64 - Matriz da Dimensão “Valores Pessoais”: dois *Focus* Grupos

Valores Pessoais	
Normas Morais Pessoais	
Dever-obrigação	
Grupo 2	3
Grupo 1	4

Tabela Anexos 65 - Frequências Absolutas da Dimensão “Percepção das Normas Sociais”

Percepção Normas Sociais			
Normas Descritivas	Freq. Absolutas	Total	
Exemplo-família-amigos	3	3	
Normas Subjectivas			
Pressão-família-amigos	2	2	5

Tabela Anexos 66 - Matriz da Dimensão “Percepção das Normas Sociais”: *Focus Grupos*

Percepção Normas Sociais		
	Normas Descritivas	Normas Subjectivas
	Exemplo-família-amigos	Pressão-família-amigos
Grupo 2	3	0
Grupo 1	0	2



Figura Anexos 25 - Mapa de Relevância Temática da Dimensão “Percepção das Normas Sociais”

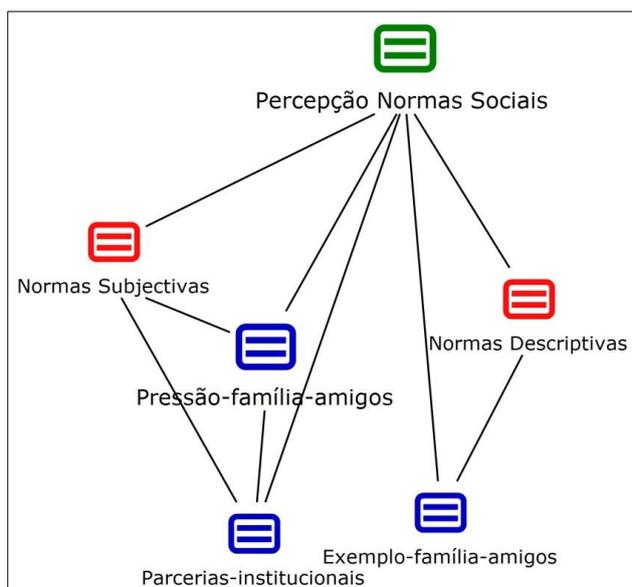


Figura Anexos 26 - Mapa Perceptual da Dimensão “Percepção das Normas Sociais”

Tabela Anexos 67 - Frequências Absolutas da Dimensão “Comunicação e Marketing”

Comunicação e Marketing			
Publicidade	Freq. Absolutas	Total	
Outdoor-muppies-roll-up-cartaz	3		
TV-rádio-imprensa	2	5	
Marketing Directo			
RP-face-a-face	3		
Call-center	1	4	
Parcerias			
Parcerias-institucionais	3	3	12

Tabela Anexos 68 - Matriz da Dimensão “Comunicação e Marketing”: *Focus Grupos*

Comunicação e Marketing					
	Marketing Directo		Publicidade		Parcerias
	RP-face-a-face	Call-center	Outdoor-muppies-roll-up-cartaz	TV-rádio-imprensa	Parcerias-institucionais
Grupo 2	0	0	3	2	2
Grupo 1	3	1	0	0	1

ANEXO 15

Tabela Anexos 69 – Tabela síntese de frequências absolutas da comunicação institucional e da comunicação com parcerias

	Conceitos e Constructos	Institucional Freq. Absolutas	Total	Parcerias Freq. Absolutas	Total
I	Incentivos à Dádiva de Sangue		1		11
	Benefícios Percebidos Dádiva Sangue		1		11
	Conhecimentos-saúde	1		5	
	Benefício-saúde	0		4	
	Check-saúde	0		2	
II	Motivação Pró-Social		10		5
	Altruísmo		8		3
	Consciência-individual	8		3	
	Colectivismo Social				
	Bem-estar-sociedade	2		2	
III	Valores Pessoais		2		0
	Normas Morais Pessoais		2		0
	Dever-obrigação	2		0	
IV	Percepção Normas Sociais		2		0
	Normas Descritivas		2		0
	Exemplo-família-amigos	2		0	
V	Mensagens Promocionais		43		53
	Comunicação Cognitivo-Racional		34		40
	Informação-factos	25		21	
	Coping-medos	9		13	
	Informação-factos-temporários	0		6	
	Comunicação Afectivo-Relacional		8		8
	Emoção-desejo-convicção	8		8	
	Comunicação Conativo-motivacional		1		5
	Experiência-motivação	1		5	
VI	Acessibilidade aos Locais de Colheita de Sangue		16		9
	IPST		13		7
	Centros-IPST	5		4	
	Atendimento-contactos	4		2	
	Atendimento-horários	4		1	
	Hospitais		1		0
	Hospitais-recolha	1		0	
	Outros Locais		2		2
	Campanhas-recolha	2		2	
VII	Envolvimento e Goodwill IPST		0		8
	Missão IPST		0		8
	Envolvimento	0		6	
	Relevância-missão	0		2	

	Conceitos e Constructos	Institucional Freq. Absolutas	Total	Parcerias Freq. Absolutas	Total
VIII	Conhecimentos sobre Sangue		31		20
	Colheita de Sangue		20		9
	Segurança-pré-dádiva	8		3	
	Processo-dádiva	8		0	
	Segurança-pós-dádiva	4		6	
	Dador de Sangue		8		9
	Elegibilidade	8		5	
	Inibição-temporária	0		4	
	Dádiva de Sangue		3		2
	Compatibilidade	2		0	
	Terapêutica-sangue	0		2	
	Unidade-sangue	1		0	
IX	Divulgação Necessidade Contínua Sangue		0		6
	Necessidade Contínua Sangue		0		6
	Comunicação-necessidade-sangue	0		6	
XIII	Comunicação e Marketing		11		16
	Marketing Directo		4		7
	E-mail-sms-redes-sociais	2		3	
	RP-face-a-face	1		3	
	Folhetos	1		1	
	Publicidade		2		4
	Outdoor-muppies-roll-up-cartaz	2		2	
	TV-rádio-imprensa	0		2	
	Parce rias		5		5
	Parceria-danacol	1		2	
	Parceria-time-out	2		1	
	Parceria-immochan	2		2	

Tabela Anexos 70 - Tabela síntese de frequências absolutas das representações de estudantes universitários

	Conceitos e Constructos	Freq. Absolutas	Total
I	Medos		11
	Medos Específicos		11
	Medo-dor-agulhas	4	
	Medo-desmaio-má-disposição	3	
	Medo-difuso	3	
	Medo-redução-anos-vida	1	
II	Imaginário Social		12
	Mitos		10
	Mito-banco-sangue	9	
	Mito-sangue-ouro	1	
	Crenças		1
	Crença-morte-prematura	1	
	Tabus		1
	Tabu-sangue	1	
III	Locais Colheita Sangue		17
	Hospitais		8
	Hospitais-recolha	5	
	Estefânia-recolha	2	
	Forças-Armadas-recolha	1	
	Outros locais		5
	Universidades-Empresas-Bombeiros-recolha	5	
	IPST		3
	IPST-Campanhas-recolha	1	
	IPST-Centros	1	
	IPST-Unidade-móvel	1	
	Cruz Vermelha Portuguesa		1
	Cruz-Vermelha-recolha	1	
IV	Percepção Qualidade Serviço IPST		24
	Espaços IPST		13
	Falta-ambiente-design	7	
	Falta-privacidade	4	
	Fraca-higienização	2	
	Profissionais IPST		6
	Confiança	2	
	Frieza-impessoalidade	4	
	Processo IPST		5
	Imposição-recolha	5	
V	Percepção Qualidade Serviço Hospitais		22
	Profissionais Hospitais		11
	Confiança-segurança	7	
	Empatia	4	
	Espaços Hospitais		6
	Privacidade	4	
	Higienização	2	
	Processo Hospitais		5
	Personalizado	4	
	Rapidez	1	
VI	Envolvimento e Goodwill IPST		21
	Missão IPST		14
	Indiferença-missão	8	
	Baixo-envolvimento	6	
	Marca IPST		7
	Notoriedade-ausente	5	
	Notoriedade-espontânea	2	

	Conceitos e Constructos	Freq. Absolutas	Total
VII	Percepção Qualidade Informação		22
	Qualidade Informação		22
	Informação-inacessível	9	
	Insuficiente-pouco-clara	7	
	Boatos	6	
VIII	Conhecimentos sobre Sangue		28
	Métodos de Colheita		18
	Sangue-total	15	
	Desconhecimento-aférese	3	
	Unidades de Sangue		8
	Desconhecimento-validade-componentes	6	
	Desconhecimento-Composição-componentes	2	
	Dador de Sangue		2
	Auto-exclusão	1	
	Segurança-dádiva	1	
IX	Percepção Necessidade Sangue		25
	Necessidade Contínua Sangue		19
	Falta-consciência-necessidade-contínua	11	
	Consciência-necessidade-contínua	8	
	Alertas Esporádicos		5
	Falta-sangue	5	
	Fatalidade Família-Amigos		1
	Família-amigos	1	
X	Motivação Pró-social		6
	Altruísmo		4
	Consciência-individual	4	
	Colectivismo Social		2
	Bem-estar-sociedade	2	
XI	Valores Pessoais		7
	Normas Morais Pessoais		7
	Dever-obrigação	7	
XII	Percepção Normas Sociais		5
	Normas Descritivas		3
	Exemplo-família-amigos	3	
	Normas Subjectivas		2
	Pressão-família-amigos	2	
XIII	Comunicação e Marketing		12
	Publicidade		5
	Outdoor-muppies-roll-up-cartaz	3	
	TV-rádio-imprensa	2	
	Marketing Directo		4
	RP-face-a-face	3	
	Call-center	1	
	Parcerias		3
	Parcerias-institucionais	3	

ANEXO 16

PAPER PRESENTED TO THE 1st EUROPEAN CONFERENCE ON DONOR HEALTH AND MANAGEMENT

THE MULTI-LEVEL APPROACH TO REVERT THE SEASONAL BLOOD SHORTAGE TREND IN 2013

3th-4th September, 2014, Neetherlands

Dra Sousa , Ana Paula, Portuguese Blood and Transplantation Institute, Lisboa, Portugal
(Presenting author)

Figueiredo, Erica Dra., Portuguese Blood and Transplantation Institute, Lisboa, Portugal

Marques, Ana Dra., Portuguese Blood and Transplantation Institute, Lisboa, Portugal

Lopes, Catarina Dra., Portuguese Blood and Transplantation Institute, Lisboa, Portugal

Medeiros, Maria João Dra., Portuguese Blood and Transplantation Institute, Lisboa, Portugal

Sousa, Gracinda Dra., Portuguese Blood and Transplantation Institute, Lisboa, Portugal

Trindade, Helder Prof. Dr., Portuguese Blood and Transplantation Institute, Lisboa, Portugal

Introduction

Maintaining a stable balance between demands and blood supply has been the major target of blood banks. Recognizing the blood shortages periods in Portugal is critical to strengthen strategies to revert the tendency. Increasing marketing initiatives through the articulation with public institutions, promoting partnerships with the National Defense and Internal Security Ministries, better managing of donor's customer relationship and converting unawareness into donation knowledge were key approaches to revert the seasonality and to equalize donation trend in the 2013.

Methods

Different campaigns were created in february and summer months to mobilize new and loyal donors.

The february campaign "To Give is to Receive" amplified the health benefits of blood donation by monitoring the risk factors for cardiovascular disease. Others, as "Giving blood is to save someone who loves life as much as you", were promoted during summer months through partnerships with high social responsibility companies that provided facilities and volunteers for mobile sessions. Military and paramilitary institutions were involved in the contingency plan to put in place measures to address a national response in case of shortage.

Effective blood messages were developed by callcentre (CC) focusing the invitation of inactive and 2012 first time donors.

Results

In February 70 mobile sessions were realized allowing the collection of 1566 units and recruiting 455 new donors. At blood centers the campaign allowed, on average, the collection

of 33 units per day. During campaign 34% donors with hypertension and 46% with high cholesterol were identified and oriented to GP.

The summer campaigns were realized

in commercial spaces, registered 3777 donors where 1552 of them were new donors.

Over the 2013 year, 39441 donors were contacted by CC, of which 75% were inactive donors and 25% first time donors. A high percentage of invited donors responded positively accepting the invitation. 12% refused to give blood and 22% were unsuccessful contacts.

Conclusions

The campaigns reinforced the positioning of blood donation as a factor of improving donors health. The CC is effective in reminding and raising donors awareness for blood donation. During february and summer we were able to support the transfusion activities.